



پوشش همگانی سلامت در ایران

گزارش دیده‌بانی موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

سال ۱۳۹۳

سرشناسه: موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران. دبیر خانه
عنوان و نام پدیدآور: پوشش همگانی سلامت در ایران
مشخصات نشر: تهران : گزینہ پارسیان طب، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری: ۲۰۰ ص.: مصور، جدول، نمودار؛ ۲۲×۲۹ س م.
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۸۷۸-۶-۹۹
وضعیت فهرست نویسی: فیپای مختصر
یادداشت: فهرست نویسی کامل این اثر در نشانی: <http://opac.nlai.ir> قابل دسترسی است.
شماره کتابشناسی ملی: ۳۸۰۹۴۳۳

شناسنامه کتاب

نام کتاب: پوشش همگانی سلامت در ایران

Universal Health Coverage in Iran

پدیدآورنده: موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

ناشر: گزینہ پارسیان طب

نوبت چاپ: اول، بهار ۱۳۹۴

تیراژ: ۱۰۰۰ عدد

قیمت: ۱۵۰۰۰۰ ریال

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۸۷۸-۶-۹۹

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر متعلق به موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران می باشد.

فهرست

۷	پدید آورندگان
۹	مقدمه‌ی وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۹	مقدمه‌ی رییس موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران
۹	خلاصه اجرایی

فصل ۱: مبانی و مفاهیم نظری پوشش همگانی سلامت..... ۱۸

۱۹	چکیده
۲۰	مقدمه
۲۱	مفهوم پوشش همگانی سلامت
۲۳	اجزای پوشش همگانی سلامت
۲۴	پوشش تمامی جمعیت
۲۴	تامین خدمات با کیفیت
۲۴	محافظت مالی
۲۷	تامین مالی پوشش همگانی سلامت
۲۸	رفع ابهامها درباره‌ی پوشش همگانی سلامت
۲۹	تلاش برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در کشورهای مختلف جهان
۳۰	تلاش برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران
۳۳	منابع

فصل ۲: پوشش موثر خدمات سلامت

۳۶	چکیده
۳۸	مقدمه

۴۱	رویدادهای مهم در اسناد بالادستی
۴۱	ارتقای سلامت
۴۱	ارتقای دسترسی به خدمات
۴۲	عدالت
۴۳	وضعیت پوشش موثر خدمات سلامت در ایران
۵۶	چالشهای موجود در ایران و تحلیل وضعیت پوشش موثر خدمات سلامت
۵۶	سودمندی شاخص برای قضاوت در خصوص وضعیت پوشش موثر خدمات
۵۹	سودمندی شاخص برای قضاوت در خصوص وضعیت عدالت
۶۳	درسهایی گرفته شده از سایر کشورها
۶۴	جهت‌گیری‌های آینده برای ایران
۶۵	ملاحظات عملیاتی برای پیشبرد پوشش موثر خدمات سلامت در ایران
۶۶	منابع

فصل ۳: گستره‌ی خدمات ۶۷

۶۸	چکیده
۶۹	مقدمه
۶۹	گستره‌ی خدمات سلامت
۷۱	معیارهای انتخاب گستره‌ی خدمات سلامت
۷۳	وضعیت بسته‌ی خدمات و رویدادهای مهم در ایران درخصوص گستره‌ی خدمات سلامت
۷۸	بسته‌های خدمات سلامت در ایران
۷۸	بسته‌ی خدمات پایه و سطح یک
۸۱	بسته‌ی خدمات سطح دوم و سوم
۸۲	جایگاه گستره‌ی خدمات در اسناد بالادستی
۸۳	چالش‌های موجود درخصوص گستره‌ی خدمات سلامت در ایران
۸۴	درسهایی گرفته شده از سایر کشورها
۹۰	جهت‌گیری‌ها برای آینده
۹۰	ملاحظات اجرایی و عملیاتی در خدمات زمینه‌ی تدوین بسته‌ی خدمات در ایران
۹۲	منابع

فصل ۴: کیفیت خدمات ۹۶

۹۷	چکیده
۹۹	مقدمه
۱۰۳	وضعیت شاخص‌های منتخب در کشور
۱۰۳	شاخص‌های کیفیت خدمات درمان
۱۱۵	شاخص‌های کیفیت خدمات پیشگیری
۱۱۹	وضعیت تهیه‌ی راهنماهای مبتنی بر شواهد در بخش سلامت
۱۲۰	نیم نگاهی به دسترسی عادلانه به خدمت و تاثیر آن بر کیفیت
۱۲۰	تحلیل اسناد بالادستی و برنامه‌های کیفیت خدمات سلامت از گذشته تاکنون در ایران

۱۲۴	ارتقای کیفیت خدمات درمانی در طرح تحول نظام سلامت
۱۲۶	چالش‌های کیفیت خدمات سلامت در ایران و روندهای تاثیرگذار آتی
۱۳۳	درس‌های آموخته شده از سایر کشورها
۱۳۷	جهت‌گیری برای آینده
۱۳۹	ملاحظات عملیاتی در ایران برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت در ایران
۱۴۲	منابع

فصل ۵: محافظت مالی خانوارها در نظام سلامت ۱۴۵

۱۴۶	چکیده
۱۴۷	مقدمه
۱۵۰	وضعیت تامین مالی سلامت در ایران
۱۵۲	وضعیت شاخص‌های مشارکت مالی خانوار در ایران
۱۵۷	محافظت مالی در اسناد بالادستی
۱۵۹	تجارب سایر کشورها
۱۶۶	استراتژی‌های پیشنهادی برای ایران
۱۷۱	منابع

فصل ۶: استقرار پوشش همگانی سلامت در ایران ۱۷۵

۱۷۶	چکیده
۱۷۸	پوشش همگانی سلامت در ایران
۱۸۱	جایگاه پژوهش در پوشش همگانی سلامت
۱۸۲	تجربیات جهانی در پوشش همگانی سلامت
۱۸۷	چالش‌های موجود در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران
۱۸۸	چالش‌های خارج از نظام سلامت
۱۸۸	چالش‌های درون نظام سلامت
۱۹۲	الزامات سیاستی و پیش‌نیازهای استقرار پوشش همگانی سلامت در ایران
۱۹۵	پیشنهادها جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران
۱۹۶	الف) محافظت مالی افراد
۲۰۰	ب) پوشش خدمات
۲۰۲	ج) گستره خدمات
۲۰۳	د) ساماندهی پژوهش
۲۰۴	ه) کیفیت خدمات
۲۰۷	نتیجه‌گیری و پیشنهاد برای آینده
۲۰۹	منابع

پدید آورندگان

تهیه‌ی گزارش دیده‌بانی موسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، تحت عنوان «پوشش همگانی سلامت»، از مردادماه سال ۹۳ آغاز شد. برای این منظور جناب آقای دکتر امید براتی مسوولیت مدیریت فنی کار را در موسسه به عهده گرفتند و سرکار خانم الهی با ایشان همکاری نمودند. برای پیشرفت کار، کمیته‌ای متشکل از خبرگان موضوع شکل گرفت که اهم اقدامات آن به شرح زیر بوده است:

- تعیین چارچوب گزارش، عناوین فصول و سرفصل‌ها، منابع اطلاعاتی، گروه پژوهش و نویسندگان،
- بازبینی متن‌های اولیه‌ی تهیه شده، مشخص کردن هم‌پوشانی‌ها و شکاف‌های اطلاعاتی،
- مرور محتوای نهایی و همسان‌سازی متن‌ها.

نتیجه این که محتوای تهیه شده در هر فصل، حاصل کار گروهی مشترک و تعامل‌های نسبی ایشان بوده است؛ معهدا مسوولیت تهیه‌ی هر یک از فصول گزارش با افراد زیر بوده است:

فصل یک: مبانی و مفاهیم نظری پوشش همگانی سلامت

دکتر لیلا دشمنگیر (استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز)

دکتر آرش رشیدیان (استاد گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

مینو علی‌پورسختا (دانشجوی دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

پری‌ناز دشمنگیر (دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز)

فصل دو: پوشش موثر خدمات سلامت

دکتر حسین ابراهیمی‌پور (دانشیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد)

دکتر مهدی یوسفی (استادیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد)

سلیمان شجاعی (کارشناس ارشد، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد)

رقیه بایرامی (دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد)

فصل سه: گستره‌ی خدمات

دکتر علی جنتی (دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز)

دکتر علی ایمانی (استادیار، گروه مدیریت اقتصاد دارو، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز)

وحیده صادقی (دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز)

فصل چهار: کیفیت خدمات

دکتر رضا دهنویه (دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، پژوهشکده‌ی آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان)

دکتر علی اکبر حق دوست (استاد اپیدمیولوژی، پژوهشکده‌ی آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان)

دکتر سمیه نوری حکمت (استادیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، اتاق فکر دانشگاه علوم پزشکی کرمان)

دکتر حمید رواقی (استادیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران)

دکتر محمدحسین مهرانحسینی (استادیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان)

هدایت سالاری (دانشجوی دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

عاطفه اسفندیاری (دانشجوی دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

|||| فصل پنج: محافظت مالی خانوارها در نظام سلامت

دکتر زهرا کاوسی (دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

دکتر پیوند باستانی (استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

عظیمه قربانیان (دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

الهام الهی (دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - کارشناس پژوهشی موسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت)

|||| فصل شش: استقرار پوشش همگانی سلامت در ایران

دکتر امید براتی (استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

دکتر شهرام غفاری (دکترای تخصصی اقتصاد درمان، سازمان تامین اجتماعی)

دکتر بهاره یزدی‌زاده (استادیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

فریده محتشم (کارشناس ارشد ارزیابی فناوری سلامت، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

سجاد دلاوری (دانشجوی دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

محسن بیاتی (دانشجوی دکترای تخصصی اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

علاوه بر بازخوردهایی که کل افراد و موسسه برای هر فصل داشته‌اند، سرکار خانم دکتر الهام شکیبازاده استادیار محترم دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ویراستاری نهایی متن را انجام داده‌اند.

مقدمه‌ی وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

عدالت رکنی اساسی از ارکان ادیان الهی و نیز فرهنگ غنی ایران زمین است. انقلاب شکوهمند اسلامی و شکل‌گیری جمهوری اسلامی ایران نیز نقطه عطفی در مسیر تحقق عدالت بود. پس از انقلاب، تفکر آرمان‌گرایانه حاکم بر کشور، بانی تلاش‌های موثر و مهمی در مسیر عدالت شد که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان توجه به نواحی دور دست و روستایی در زمینه‌های مختلف از جمله شکل‌گیری نظام نوین بهداشت و درمانی را برشمرد. در عرصه سلامت اما نیازها به سرعت تغییر شکل داده و گاه به شکاف بین لایه‌های مختلف اجتماعی دامن می‌زنند. فقر، بی‌سوادی، محرومیت‌ها و تفاوت جایگاه اقتصادی و اجتماعی در مقابل عوامل ایجادکننده بیماری باعث دامن زدن به بی‌عدالتی شده و می‌شوند؛ هزینه‌های تشخیص و درمان (در صورت وقوع بیماری)، طیف توقعات (بجا و نابجا)، توزیع ناموزون و نابسامان امکانات و نیروی انسانی هم از دیگر عوامل موثر در این زمینه هستند.

اینک بروز پدیده حاشیه‌نشینی و مردمی که در تامین ابتدایی‌ترین نیازها و حقوق اولیه سلامت خود ناتوان هستند، باعث شده بحث "نابرابری و بی‌عدالتی در سلامت" از عبارتی انتزاعی، به یک حقیقت ملموس تبدیل شود. حقیقتی که همه ملت‌ها و دولت‌ها بایستی به آن با جدیت بیندیشند و برای حل آن اقدام کنند. نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران نیز از چنین شرایطی به دور نبوده و برای رفع معضلات خاص خود نیاز به اقدامات عاجل و موثر دارد. این موضوع به عنوان یکی از محوری‌ترین عناصر نظام سلامت کشور، با اجرای طرح تحول سلامت در حال پی‌گیری است و امید می‌رود با تلاش مجدانه همه کسانی که دغدغه مردم، سلامت ایشان و توسعه ایران عزیز را دارند، سامان یابد.

پوشش همگانی خدمات سلامت (که از جمله مداخله‌های اصلی سلامت بوده و پاسخی است به نیاز آحاد مردم به نحوی که پرداخت هزینه‌های سنگین درمان آن‌ها را دچار مشکلات عدیده از جمله فقر نکند) نیز با تفکر عدالت‌طلبانه در عرصه اجتماع انطباق کامل دارد.

مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت هم ارتباط تنگاتنگی با شرایط بومی هر کشور و همچنین وضعیت توسعه اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی آن دارد. به همین دلیل برای انتخاب مناسب‌ترین اقدامات، علاوه بر مرور تجربیات جهانی باید به داشته‌ها و دانسته‌های خود نیز توجه کافی داشت. گزارش حاضر تلاش دارد منعکس‌کننده بخشی از شرایط موجود و اقدامات لازم برای پوشش همگانی سلامت و از آن طریق ایجاد عدالت در سلامت باشد. به سخن دیگر این مجموعه باید مشخص کند در این زمینه چه وضعیتی داریم، چه می‌دانیم، چه مواردی را باید مورد توجه قرار دهیم و کدام راه را برگزینیم؟ این همان انتظاری است که از مراجع علمی کشور از جمله موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران می‌رود تا با ارایه گزارش‌های دوره‌ای و منظم، تحلیلی درست و واقع‌بینانه از شرایط ارایه داده تا چراغ راه آینده باشد.

از همکاران این موسسه و خبرگان و کارشناسانی که با همراهی و همدلی در تهیه این گزارش (که نخستین گزارش سالانه دیده‌بانی موسسه تحقیقات سلامت است) تلاش کرده‌اند، تشکر نموده و امیدوارم این قبیل گزارش‌ها بتوانند نقش موثری در اتخاذ تصمیم‌های صحیح در عرصه سلامت کشور ایفا نمایند و توشه راهی برای حرکت در مسیر تحقق عدالت باشند.

دکتر سیدحسین هاشمی
وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مقدمه‌ی رییس موسسه‌ی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

فرصت را مغتنم دانسته و به «چرایی» و اندکی «چگونگی» این گزارش می‌پردازم. عنوان «گزارش دیده‌بانی پوشش همگانی سلامت» شامل دو بخش است: دیده بانی و پوشش همگانی سلامت.

موسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دو وظیفه‌ی اساسی دارد که یکی از آن‌ها، دیده‌بانی سلامت و دیگری، پرداختن به پژوهش‌های کاربردی نظام سلامت می‌باشد. دیده‌بانی، به مفهوم رصد نظام‌مند و مستمر شرایط و مسایل سلامت است تا اطلاعات آن برای انتخاب سیاست، برنامه، تصمیم‌گیری و اجرای «کارآمد و مطلع از شواهد» به کار گرفته شود. به همین دلیل، موسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت، گزارش‌های مختلف دیده‌بانی را در برنامه‌ریزی خود پیش‌بینی کرده است؛ فهرست برخی از عناوین که تاکنون به نتیجه رسیده‌اند را می‌توانید در پشت جلد همین مجموعه ملاحظه کنید. قرار دیگر این است که هر سال حداقل یک گزارش دیده‌بانی موضوعی منتشر شود که مجلد حاضر نخستین از این نوع می‌باشد.

از باب بخش دوم که «پوشش همگانی سلامت» است، نظام سلامت همه‌ی کشورها بر اساس چارچوب اخلاقی شکل گرفته و عدالت از محوری‌ترین اصول آن است. به همین دلیل، بحث عدالت و شیوه‌ی تامین سلامت برای اقشار مردم، یکی از مسایل اصلی نظام‌های سلامت دنیا می‌باشد. تحقق عدالت در سلامت هم اکنون دغدغه‌ی مشترک در کشور و نیز در سطح بین‌المللی است.

در ایران، موضوع عدالت در سلامت به شکل‌های مختلفی مورد توجه قرار گرفته (که بخشی از گزارش حاضر می‌باشد) و حاکی از این است که این مسئله از دیرباز مطرح بوده و هنوز نیز راه‌درازی برای تحقق آن وجود دارد. در حال حاضر و زمان نگارش این متن، «طرح تحول سلامت» اصلی‌ترین برنامه‌ی جدید در زمینه‌ی مداخله‌های اجتماعی است که توجه درون و برون بخش سلامت را به خود معطوف ساخته است. دلیل آن، شکل‌گیری و نیز بیشترین تاثیر آن بر عدالت است. از سوی دیگر، نزدیک‌ترین مفهوم با «طرح تحول سلامت» در ادبیات سلامت عمومی، «پوشش همگانی سلامت» می‌باشد. لذا دلیل نخست انتخاب عنوان گزارش سالانه، پاسخگویی موسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت، به مسئله‌ی مهم و جاری در کشور بود که از جمله از این طریق پیگیری شد.

علت دوم انتخاب عنوان این بود که «پوشش همگانی سلامت»، رویکردی جهانی است که در آستانه‌ی تعریف اهداف جهانی توسعه پس از سال ۲۰۱۵، اهمیت مضاعف پیدا کرده است. قصد این بود در سالی که پایه‌ی تحولات جهانی در این عرصه می‌باشد، دانسته‌های ملی گردآوری شوند تا هم پایه‌ای برای اقدامات بعدی باشد و هم نشان دهنده شکاف‌های اطلاعاتی باشد که باید پر شوند.

و اما اندکی در خصوص چگونگی پیدایش این گزارش: موسسه تلاش وافر نمود تا برای تهیه‌ی این گزارش از طیف ظرفیت‌های موجود در کشور استفاده کند. در فهرست پدیدآورندگان، اسامی گروه‌های مختلفی از نواحی مختلف ایران را ملاحظه می‌فرمایید. اما، حتماً خبرگان و اندیشمندی بوده‌اند که امکان استفاده از دانش و تجربه ایشان فراهم نشده است. تاکید می‌نماید که هدف موسسه، استفاده از تمامی سرمایه‌ی انسانی کشور و همگرایی آن‌ها است. امیدواریم چه در اجرای پژوهش‌های کاربردی نظام سلامت و چه در زمینه‌ی دیده‌بانی، به این موضوع به نحو شایسته پرداخته شود و بزرگواران، ما را از هدایت و همراهی خویش بهره‌مند سازند.

دکتر سیدرضا مجدزاده- رییس موسسه ملی تحقیقات
سلامت جمهوری اسلامی ایران

خلاصه اجرایی

تلاش برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت در ایران سابقه‌ای طولانی دارد. شاید اولین اقدام در ایران برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت را بتوان به حدود ۸۰ سال پیش منتسب کرد. در سال ۱۳۰۹، با تصویب طرح تشکیل صندوق احتیاط کارگران راه‌آهن، حرکت در مسیر پوشش فراگیر سلامت در ایران آغاز شد. ایران از سال ۱۳۱۹ تا ۱۳۵۱ برای حل مشکلات مربوط به ارایه‌ی خدمات سلامت و توزیع نیروی پزشکی کشور، اقدامات مختلفی را به اجرا درآورد. طرح سپاه بهداشت، طرح تربیت بهدار روستا، طرح سلسله در الشتر لرستان، و طرح تحقیقاتی نحوه‌ی توسعه‌ی خدمات پزشکی و بهداشتی، معروف به طرح رضائیه از جمله اقدامات مهم در راستای تربیت و به‌کارگیری نیروی انسانی غیر پزشک در ارایه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی و دسترسی بهتر مردم به این دسته از خدمات بود. در فاصله‌ی سال‌های ۱۳۶۱ تا ۱۳۶۶، طرح نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی و سطح بندی خدمات سلامت به عنوان یکی از موفق‌ترین تجربیات جهانی در زمینه‌ی دستیابی آحاد جامعه به خدمات سلامت اجرا شد.

با تصویب قانون الزام تامین اجتماعی در آبان ماه ۱۳۶۸، مسئولیت تامین درمان، انجام و ارایه‌ی خدمات و مراقبت‌های درمانی کارگران و مشمولان قانون کار و تامین اجتماعی به سازمان تامین اجتماعی محول گردید. در سال ۱۳۷۴ نیز سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی تاسیس شد و طبق قانون، تامین بیمه‌ی خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان، خویش‌فرمایان و سایر گروه‌های اجتماعی به این سازمان واگذار شد. در حال حاضر، سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه‌ی سلامت ایران، بیشتر افراد را تحت پوشش بیمه قرار داده‌اند.

در ادامه، در سال ۱۳۸۴ با اجرایی شدن طرح پزشک خانواده روستایی، برگ دیگری از ارایه‌ی خدمات به ساکنان روستاها ورق خورد و سرانجام در اوایل سال ۱۳۹۳، برای اولین بار در کشور، با اجرای طرح تحول نظام سلامت، دولت گامی مهم و بلند در راستای دستیابی به ابعاد پوشش همگانی سلامت، از جمله کاهش میزان پرداخت از جیب و تلاش برای افزایش کیفیت خدمات ارایه شده در مراکز بالینی برداشت. علی‌رغم تلاش‌های صورت گرفته در زمینه‌ی پوشش فراگیر سلامت در ایران از سالیان دور تاکنون، هنوز جمهوری اسلامی ایران تا دستیابی به پوشش همگانی سلامت، راه پرفراز و نشیبی در پیش رو دارد. در این گزارش، پوشش همگانی سلامت در چهار محور پوشش، گستره، کیفیت خدمات سلامت و حفاظت مالی در جمهوری اسلامی ایران و بر اساس داده‌های موجود تحلیل شده است.

پوشش موثر خدمات

در حال حاضر، پیشرفت پوشش خدمات سلامت در ایران، بیشتر با شاخص‌هایی اندازه‌گیری می‌شود که میزان خام پوشش خدمات را نشان می‌دهد؛ در حالی که پوشش همگانی خدمات سلامت زمانی قابل دستیابی است که این پوشش موثر باشد و لذا شاخص‌های مورد استفاده در این خصوص هم باید پوشش موثر را اندازه‌گیری نمایند. این امر به صورت ویژه در گزارش‌های اخیر سازمان جهانی بهداشت مورد تأکید ویژه قرار گرفته است. علاوه بر ویژگی فوق، شاخص مورد استفاده برای بررسی پوشش موثر، باید عدالت توزیعی در پوشش خدمات سلامت را بر اساس سطح درآمد، جنس، شهر و روستا نشان دهد که در بسیاری موارد، اطلاعات گردآوری شده در این خصوص در ایران جامع نیست و یا بخش مهمی از ویژگی‌های فوق را ندارد.

برای رفع مشکل فوق، لازم است مداخلات مختلفی صورت گیرد که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: (۱) توجه به پوشش موثر خدمات به جای میزان استفاده از خدمات در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های نظام سلامت؛ (۲) تدوین نظام جامع پایش میزان دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت: دیده بانی پوشش همگانی خدمات سلامت؛ (۳) یکپارچه‌سازی نظام گردآوری اطلاعات در سطح وزارت بهداشت به عنوان تولید سلامت؛ (۴) شناسایی و تعریف شاخص‌های ارزیابی دستیابی به پوشش موثر خدمات در سطوح پنجگانه‌ی ارایه‌ی خدمات سلامت؛ (۵) توجه به شاخص‌های عدالت در پوشش موثر خدمات سلامت؛ (۶) فرهنگ‌سازی و آموزش در خصوص تدوین شاخص‌ها و (۷) ارزیابی عملکرد نظام سلامت بر اساس مفهوم پوشش موثر در سطح ستاد دانشگاه‌های علوم پزشکی

گستره‌ی خدمات

با ارایه‌ی خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه در قالب اجزای این مراقبت‌ها (که بتدریج و در طی زمان به تعداد آن اضافه شده است)؛ و سپس ارایه‌ی خدمات بسته‌ی پایه‌ی سطح اول در قالب بسته‌ی خدمات پزشک خانواده در شهرهای زیر بیست هزار نفر، نظام ارایه‌ی خدمات سلامت در ایران تلاش کرده است خدمات را بر اساس معیارهای توجه به نیازهای محلی و هزینه اثربخشی خدمات ارایه کند.

در حال حاضر، با اجرای طرح تحول سلامت و توجه به بعد محافظت مالی در پوشش خدمات سلامت، گام‌هایی در مسیر توجه به اقتصار آسیب پذیر برداشته شده است اما باید توجه داشت که برنامه‌های اجرایی تا چه حد گستره‌ی خدمات سلامت شامل خدمات پیشگیری، ارتقایی، درمانی، توانبخشی و تسکینی را تحت پوشش قرار داده است و این برنامه‌ها تا چه حد می‌توانند هماهنگ با خدمات ارائه شده در بسته‌های درمانی سطوح دوم و سوم در بخش‌های غیردولتی و خصوصی به اجرا درآیند.

به هر حال توجه به این امر ضروری است که طراحی و تعریف دقیق بسته‌ی خدمات پایه‌ی سلامت، اولویت بندی و انتخاب خدمات با توجه به معیارهای شناخته شده در دنیا و گنجاندن آن‌ها درون بسته‌های خدمات سلامت، نیازمند بهره‌مندی از ظرفیت‌های اطلاعاتی، علمی-تکنیکی و بوم شناختی قابل توجهی است؛ امری که تاکنون بطور ایده‌آل یا حتی قابل قبول در ایران عملی نشده است و به عنوان چالشی مهم در مسیر نیل به پوشش همگانی سلامت مطرح می‌باشد. بنابراین، توجه به معیارهای اولویت بندی مرسوم در سطح جهان و همچنین تعدیل خدمات و مداخلات بسته‌های خدمات پایه و درمانی، با استناد به داده‌ها و الگوهای ملی و بین‌المللی، می‌تواند در پر کردن شکاف موجود استفاده از ظرفیت‌های ملی در وضعیت فعلی کمک کننده باشد.

کیفیت خدمات

مرور اطلاعات محدود موجود در خصوص وضعیت کیفیت خدمات سلامت در کشور نشان می‌دهد که در مقایسه با ابعاد ساختاری و فرایندی کیفیت، به بعد پیامدی آن توجه کمتری شده است. همچنین نظام سلامت در استفاده از ابزارهای مدیریت کیفیت، عمدتاً شتابزده و بدون بهره‌گیری کامل از آن‌ها عمل کرده است. به علت ابعاد مختلف و پیچیدگی‌های کیفیت خدمات سلامت، رصد وضعیت آن، نیازمند یک چارچوب جامع است و در حال حاضر، نظام سلامت کشور فاقد چنین چارچوبی است. بنابراین فراهم‌سازی شرایط لازم برای تعریف این چارچوب و همچنین جمع‌آوری اطلاعات شاخص‌ها در سطح ملی و استانی از اهمیت زیادی برخوردار است. تغییر ماهیت بیماری‌ها در سطح جامعه، تغییر انتظارات گروه‌های مختلف اعم از مردم، ارائه‌دهندگان و سیاست‌گذاران در خصوص کیفیت خدمات و افزایش توجه جهانی به این مقوله، برنامه‌ریزی منسجم‌تر جهت ارتقای کیفیت در سطوح مختلف خدمتی کشور را جدی‌تر می‌سازد. در این خصوص، درگیر کردن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر، نهادهای قانون‌گذار، دانشگاه‌های علوم پزشکی، هیات‌های ممتحنه و ارزشیابی رشته‌ها، رسانه‌ها و سایر نهادهای ذیربط الزامی می‌باشد.

محافظت مالی

آمارهای موجود نمی‌توانند وضعیت محافظت مالی نظام سلامت ایران را به صورت مطلق روشن سازند اما دو نکته را می‌توان از آن‌ها برداشت کرد. نکته‌ی اول این که بررسی‌های انجام شده بیانگر وضعیت نسبتاً نامساعد شاخص‌های محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت در سال‌های مورد مطالعه است که بیانگر نیاز به تغییر رویکردها یا سیاست‌های نظام سلامت در این رابطه است و نکته‌ی دوم این که به علت تفاوت در نتایج مطالعات مرکز آمار ایران و

سایر مطالعات، نیاز به وجود مرکزی به عنوان متولی جمع‌آوری داده و پایش شاخص‌ها در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

بر اساس چالش‌های موجود بر سر راه پوشش همگانی سلامت در ایران، همراه با نگاهی به درس‌های آموخته شده از سایر کشورها، و همچنین مصاحبه با صاحب‌نظران، گزینه‌های سیاستی جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران ارایه گردیده است. با توجه به این موضوع و با عنایت به کارکردهای نظام سلامت، پیشنهادهای زیر به تفکیک کارکرد ها جهت دستیابی و استقرار پوشش همگانی سلامت در کشور به ارایه می‌گردد:

تولیت

- جهت‌گیری شفاف در زمینه‌ی الگوی دستیابی به پوشش همگانی سلامت، ثبات در سیاست‌ها و پیشگیری از جهت‌گیری‌های فردی در سیاست‌گذاری و سیاست‌گذاری مطلع از شواهد
- در نظر گرفتن نقش ذی‌نفعان مختلف، ساختارها و بسترهای موجود، و جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی
- بهبود برنامه‌ریزی و همکاری بین بخشی و تعرفه‌گذاری یکسان برای بخش دولتی و خصوصی و نظارت دقیق بر آن
- اجرای کردن پرونده‌ی الکترونیک سلامت

تامین‌مالی

- سیاست‌گذاری واحد و یا ادغام سازمان‌های متعدد بیمه‌ای، شناسایی دقیق جمعیت تحت پوشش، و اجباری کردن بیمه سلامت
- تعیین پیش پرداختها به صورت تصاعدی، و شناسایی منابع جدید، مانند پایه‌های مالیاتی
- در زمینه‌ی خرید خدمات، تعیین و به روزرسانی بسته‌ی خدمات با روش علمی و توجه به معیارهایی چون هزینه-اثربخشی، اولویت بندی خدمات با توجه به نقش ذی‌نفعان مختلف به‌ویژه خریداران خدمات، و تعیین ترتیبات قراردادی و سازوکار پرداخت بهینه در راستای ارتقای کارایی و دسترسی

تولیدمنابع

- تولید نیروی انسانی مبتنی بر نیاز و آموزش سلامت محور نیروی انسانی
- توجه عملیاتی به مفهوم ارزیابی فناوری سلامت در تولید و واردات داروها و تجهیزات پزشکی
- تولید شواهد متقن از طریق انجام پژوهش‌های علمی در زمینه‌ی پوشش همگانی سلامت

ارایه‌ی خدمت

- اجرا کردن دقیق نظام سطح‌بندی در ارایه‌ی خدمات سلامت
- توزیع مناسب و عادلانه‌ی امکانات و نیروی انسانی سلامت در نقاط مختلف کشور

استفاده از نیروی انسانی ارزان تر با کارکرد مشابه در ارائه‌ی خدمات
تدوین و استفاده از راهنماهای بالینی در جهت ارتقای کیفیت خدمات و استفاده‌ی بهینه از منابع

زیرساخت های اجتماعی و اقتصادی: ذکر این نکته اهمیت دارد که اگرچه موارد زیرخارج از حیطه‌ی بخش سلامت هستند لکن در راستای استقرار پوشش همگانی سلامت در کشور قابل توجه می باشند:

- توجه به سلامت در کلیه‌ی سیاست ها
- افزایش و ثبات در منابع عمومی تخصیص یافته به سلامت
- ارتقای شفافیت و کارآیی نظام مالیاتی کشور
- ارتقا و توانمندسازی ساختارهای تامین اجتماعی
- افزایش تولید، اشتغال و رشد اقتصادی و ثبات اقتصادی

فصل ۱

مبانی و مفاهیم نظری
پوشش همگانی سلامت

چکیده

برخورداری همه‌ی مردم از خدمات سلامت، از مقولات محوری سیاست‌های نظام سلامت هر کشوری می‌باشد. پوشش همگانی سلامت عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقا، پیشگیری، درمان و توانبخشی در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند. مفاهیم تعیین‌کننده‌ی پوشش همگانی سلامت عبارتند از: تعهد به دسترسی کلیه گروه‌های جمعیتی به خدمات سلامت مورد نیاز، عدالت در دسترسی به انواع خدمات سلامت بر اساس نیاز، حفاظت افراد جامعه در برابر هزینه‌های کمرشکن و ممانعت از به ورطه‌ی فقر افتادن افراد. دستیابی و نگهداشت پوشش همگانی سلامت، فرآیند پیچیده‌ای است که نیازمند تعهدات مالی و سیاسی، خدمات مدنی عام‌المنفعه، سازمان‌های فعال جامعه‌ی مدنی، ظرفیت فنی برای تولید و بهره‌گیری از شواهد پژوهشی، رشد اقتصادی و اتخاذ سیاست‌های افزایش فضای مالی است. به نظر می‌رسد عدم صراحت در تعریف مبانی و مفاهیم پوشش همگانی، باعث سردرگمی در هر یک از ابعاد سه‌گانه‌ی آن و تاخت‌زدن بین اجزای آن خواهد شد. لذا ارزیابی صریح و شفاف از مفاهیم اجزای پوشش همگانی، شناخت موانع دستیابی به آن را تسهیل خواهد کرد. هم‌چنین با توجه به متفاوت بودن روند دستیابی به پوشش همگانی در کشورهای مختلف، بررسی الگوهای عمومی کشورهایی که به پوشش همگانی دست یافته‌اند و بررسی عوامل اقتصادی، جمعیت‌شناختی، فناوری و سیاسی آن‌ها می‌تواند مفید واقع شود.

مقدمه

تامین سلامت مردم و اطمینان از این که تمامی شهروندان بدون تحمل بار مالی به خدمات اولیه و اساسی سلامتی دسترسی یابند از وظایف مهم دولت‌ها می‌باشد. از این رو تامین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم، همواره از آمال و اهداف و یکی از چالش‌های جدی پیش‌روی دولت‌های مختلف بوده است. دولت‌ها واقف هستند که جامعه‌ی سالم، زیر بنا و عامل رشد و توسعه و شکوفایی اقتصادی یک کشور می‌باشد. بر این اساس، برخورداری همه‌ی مردم از خدمات سلامت، همواره در محوریت سیاست‌ها و برنامه‌های سیاست‌گذاران و سیاست‌سازان نظام سلامت هر کشوری می‌باشد. پوشش همگانی سلامت، گامی مهم در راستای دستیابی و بهره‌مندی همگانی از خدمات سلامتی است (۱، ۲).

پوشش همگانی سلامت، اصطلاحی است که سازمان جهانی بهداشت، به منظور توصیف راهبرد پیشنهادی خود در جهت «سلامت برای همه» به کار برده است. پوشش همگانی سلامت، اساس تضمین امنیت سلامتی جامعه و بر پایه‌ی اساسنامه‌ی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۸) استوار است که سلامتی را یک حق اساسی و انسانی دانسته و متعهد به تضمین بالاترین سطح سلامت ممکن برای همه شده است. سازمان جهانی بهداشت، در سیاست "سلامت برای همه" مصوب سال ۱۹۷۸، بر بهره‌مندی همه‌ی مردم از خدمات سلامت در بالاترین سطح ممکن تاکید کرده است. همچنین در گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸، اصل پوشش همگانی و دستیابی به شاخص‌های اجتماعی سلامتی مورد تاکید قرار گرفته است (۳).

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، پوشش همگانی سلامت عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت، شامل ارتقا، پیشگیری، درمان و توانبخشی در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند (۴). حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت، به‌ویژه در سال‌های اخیر در جهان رو به افزایش بوده است (۳). بر این اساس، از چندین دهه قبل، تلاش برای گسترش پوشش همگانی سلامت، به عنوان مجموعه‌ای از اصلاحات سیاستی، در بسیاری از کشورها آغاز شده است و شواهد متعددی نیز مبنی بر میزان حصول هر یک از کشورها به اهداف مورد نظر و اقدامات و تصمیم‌های سیاستی آن‌ها حاصل شده است. تجربه‌ی اصلاحات در کشورهایی همچون تایلند، چین، کره‌ی جنوبی و ترکیه، درس‌های با ارزشی در مورد چگونگی دستیابی به پوشش همگانی سلامت فراهم می‌کند. تجربیات کشورهای مختلف نشان می‌دهد که دستیابی و نگهداشت پوشش همگانی سلامت، فرآیند پیچیده‌ای است و برای انطباق با شرایط گذرای اجتماعی، اقتصادی و جمعیت‌شناختی کشور، نیازمند تعهد سیاسی بلند مدت و تعدیلات مداوم در بسیاری از اجزای نظام سلامت است؛ لذا بهره‌گیری از نظرات و دیدگاه‌های افراد، گروه‌ها و سازمان‌های مختلف ذی‌نفع، و همفکری و مصالحه با آن‌ها در جهت حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت امری مهم است. در غیر این صورت، این سیاست در مرحله‌ی تدوین و اجرا با خطر مواجه شده و توسط گروه‌های ذی‌نفعی که احساس خطر کرده و در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند متوقف می‌شود. کشورها برای مدیریت فرآیند اصلاح، نیاز به یک برنامه‌ی منسجم دارند. علاوه بر آن، ظرفیت‌سازی نیز، نه تنها برای طراحی و تدوین سیاست پوشش همگانی، بلکه برای مدیریت استقرار طرح که شامل ایجاد ظرفیت برای یادگیری از تجربه و افزایش سرعت اجرای طرح می‌باشد ضروری است. اجرای اقداماتی در راستای ظرفیت‌سازی برای طراحی و تدوین سیاست پوشش همگانی و مدیریت استقرار طرح به منظور یادگیری از تجربیات دیگران و افزایش سرعت اجرای آن نیز امری ضروری است. عوامل بسیاری در استقرار موفق سیاست پوشش همگانی سلامت دخیل هستند. این عوامل عبارتند از: تعهدات مالی و سیاسی، خدمات مدنی عام‌المنفعه، سازمان‌های فعال جامعه‌ی مدنی، ظرفیت فنی برای تولید و بهره‌گیری از شواهد پژوهشی، رشد اقتصادی و اتخاذ سیاست‌های افزایش فضای مالی. اگرچه ممکن است برخی کشورها به کلیه‌ی این عوامل به دیده‌ی تردید بنگرند، باید پذیرفت که دولت‌ها در راستای یافتن مسیر درست به سوی پوشش همگانی، قادر به توسعه‌ی تمام این عناصر در طول زمان هستند (۵).

با توجه به افزایش تقاضا برای شواهد، تجربیات و روش‌های اندازه‌گیری پیشرفت به سوی پوشش همگانی، بررسی و مطالعه‌ی روندهای دستیابی به پوشش همگانی با هدف بهره‌گیری از تجربیات سایر کشورها و تحلیل وضعیت کشور می‌تواند گامی موثر در جهت شناسایی شکاف موجود در شواهد، موانع پوشش همگانی سلامت، و علل موفقیت‌ها و ناکامی‌های هر یک از کشورها در گذار از پوشش ناکامل به دوره‌ی پوشش همگانی باشد. به نظر می‌رسد عدم صراحت در تعریف مبانی و مفاهیم پوشش همگانی باعث سردرگمی در هر یک از ابعاد سه‌گانه‌ی آن و تاخت زدن بین اجزای آن خواهد شد. لذا ارایه‌ی صریح و شفاف از مفاهیم اجزای پوشش همگانی، شناخت موانع دستیابی به آن را تسهیل خواهد کرد. هم‌چنین، از آنجایی که روند دستیابی به پوشش همگانی با توجه به عوامل گوناگون اجتماعی، اقتصادی و سیاسی در هر کشور متفاوت است، بررسی الگوهای عمومی کشورهایی که به پوشش همگانی دست یافته‌اند و بررسی عوامل اقتصادی، جمعیت‌شناختی، فنآوری و سیاسی آن‌ها نیز می‌تواند مفید واقع شود. نتیجه‌ی حاصل از این بررسی‌ها می‌تواند راهنمای عملی تبیین فرآیند سیاست‌گذاری متاثر از شواهد در حوزه‌ی پوشش همگانی خدمات سلامتی باشد.

مفهوم پوشش همگانه سلامت

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

مفاهیم تعیین‌کننده پوشش همگانی عبارتند از: اتخاذ تمهیدات قانونی مناسب در زمینه‌ی تعهد به دسترسی کلیه‌ی گروه‌های جمعیتی (در قالب تعریفی جامع از شهروندی) به خدمات سلامت مورد نیاز، عدالت در دسترسی به کلیه‌ی انواع خدمات سلامت بر اساس نیاز، حفاظت در برابر ریسک‌های مالی در برابر هزینه‌های کمرشکن برای کلیه‌ی افراد جامعه، و ممانعت از به ورطه‌ی فقر افتادن افراد (۳، ۹، ۱۰).

هنوز در بسیاری از کشورها، پرداخت مستقیم بابت هزینه‌های سلامت در حین دریافت خدمات سلامت از سوی مردم رایج است. این امر به نوبه‌ی خود، توانایی مردم برای استفاده از خدمات را کاهش می‌دهد. بنابراین یکی از چالش‌های مهم، فاصله گرفتن از پرداخت مستقیم از جیب می‌باشد. در این راستا، چالش اصلی اغلب کشورها برای دستیابی به پوشش همگانی، تغییر روش تامین مالی از پرداخت‌های مستقیم به پیش پرداخت است. اصلاح تامین مالی، باید با اطمینان از دسترسی همه‌ی افراد به خدمات باشد. در صورتی که مردم به خدمات محلی دسترسی نداشته باشند یا دسترسی به خدمات، خارج از جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند بسیار هزینه بر باشد، در عمل برای افراد محافظت مالی وجود نخواهد داشت (۱۱).

بهره‌گیری از سازوکارهای مناسب جهت کنترل هزینه‌ها ضروری است؛ زیرا اگر هزینه‌ها کنترل نشوند پوشش کل جمعیت و فراهم کردن خدمات کافی، دشوار خواهد بود و پایداری مالی طولانی مدتی حاصل نخواهد شد (۱۲). چنین ویژگی‌هایی از طرح پوشش همگانی، بر مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت، به عنوان سطح اول مراقبت و سازوکارهای پرداخت تاکید دارد و از سرانه و پرداخت به ازای مورد، از بودجه کلی استفاده می‌کند تا کل هزینه‌های سلامت را ثابت نگاه دارد. عنصر دیگر طراحی - خرید راهبردی - برای مدیریت سهمیه‌بندی خدمات و جهت‌دهی ارایه‌ی مراقبت به مناطقی با بیشترین نیاز ضروری است.

امروزه شواهد کافی در خصوص توانایی تأمین مالی مبتنی بر پیش‌پرداخت و بیمه در کاهش این مصایب وجود دارد. بنابراین، راه دستیابی به اهداف مراقبت‌های بهداشتی اولیه و به ویژه عدالت در آن، اصلاح تأمین مالی نظام سلامت بر مبنای پیش‌پرداخت است؛ به طوری که بتواند دسترسی به مراقبت‌های سلامت مورد نیاز را برای همگان ایجاد کند (۱۱).

کشورهای جهان با نظام‌های سلامت متفاوت و سطوح درآمدی مختلف، راهبردهای گوناگونی را در راستای دستیابی به پوشش همگانی دنبال کرده‌اند. مالزی، مالیات عمومی؛ کره‌ی جنوبی، مشارکت‌های اجباری سیاهه‌ی حقوق و دستمزد؛ مکزیک، تمرکز بر گروه‌های فقیر و حاشیه‌نشین و برزیل، توسعه‌ی برنامه‌ی سلامت خانواده را به عنوان راهبرد خود برگزیده‌اند (۱۳). ترکیب متناسب این راهبردها، بستگی به زمینه و بستر خاص هر کشور از جمله ارزش‌های اجتماعی، شرایط اقتصادی، ساختار صنعتی و توانایی‌های اجرایی آن دارد.

مسیر نه‌چندان هموار و پر از تعارض دستیابی به پوشش همگانی، سه ویژگی عمده دارد: ۱) یک فرآیند سیاسی است که طی آن نیروهای اجتماعی مختلف، برنامه‌ها و قوانینی را در راستای افزایش دسترسی و عدالت و تجمیع خطر ارایه می‌دهند؛ ۲) با افزایش جمعیت، درآمد و خرید خدمات سلامت نیز افزایش می‌یابد؛ و ۳) موجب افزایش سهم هزینه‌های سلامت از طریق پیش پرداخت و انباشت می‌شود (۱۳).

کشورهای با درآمد متوسط و بالا که به پوشش همگانی دست یافته‌اند، هنوز هم در پی اصلاح نظام سلامت خود برای مقابله با نابرابری‌ها و بهبود کارایی و کاهش هزینه‌ها هستند. بیست و دو کشور با درآمد کم و متوسط نیز از طریق بسیج منابع و اصلاح سیاست‌ها، به دنبال دستیابی به پوشش همگانی هستند (۱۰). این کشورها بنا بر مسوولیت و تعهد سیاسی خود در قبال کاهش نابرابری در دستیابی به خدمات سلامت و حمایت از افراد در برابر هزینه‌های مراقبت سلامت و محافظت افراد در برابر خطرات مالی، درصدد اصلاح نظام‌های مراقبت سلامت خود به عنوان بخشی از برنامه پوشش همگانی سلامت برآمده‌اند (۱۴، ۱۵). بنابراین در شرایط کنونی، فراهم آوردن شرایط استقرار پوشش همگانی خدمات سلامت، جزو دغدغه‌های اصلی سطوح مختلف نظام سلامت کشورها قرار گرفته است.

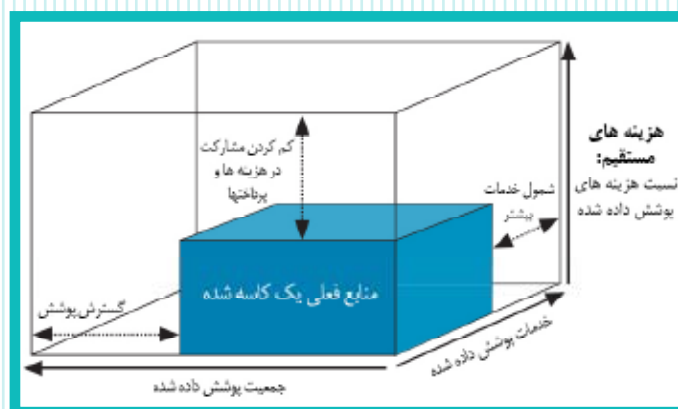
اجزای پوشش همگانه سلامت

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

- |||| پوشش تمامی جمعیت
- |||| پوشش خدمات سلامت
- |||| حفاظت در برابر خطر مالی

پوشش تمامی جمعیت

در خصوص پوشش جمعیت، ایده آل آن است که کلیه افراد یک کشور تحت پوشش قرار بگیرند. در عین حال، باید در نظر گرفت که به طور ایده آل، کلیه مداخلات پیشگیری، درمانی و توانبخشی باید به نحوی ارائه شوند که بالاترین استانداردهای دست‌یافتنی سلامت تحقق و بهبود یابند. همچنین همه افراد نباید حین دریافت خدمات پزشکی مورد نیاز، دچار هزینه‌های کمرشکن و مشکلات مالی قابل ملاحظه شوند. شکل شماره‌ی یک، اجزای پوشش همگانی را نشان می‌دهد (۱۶).



شکل ۱. اجزای پوشش همگانی سلامت

تامین خدمات باکیفیت

یکی از اهداف اصلی پوشش همگانی سلامت، تامین خدمات سلامت با کیفیت مناسب است تا سطح سلامت افراد گیرنده‌ی خدمات را بالا ببرد. کیفیت در مراقبت سلامت، به عوامل مختلفی از جمله سازمان مراقبت سلامت و زمینه‌ی وسیع‌تر بستگی دارد (۵). تدوین شاخص‌های مناسب، برای رصد وضعیت کیفیت خدمات و اندازه‌گیری مداوم آن‌ها می‌تواند راهکار مناسبی به منظور اطمینان از تامین نسبی خدمات با کیفیت در پوشش همگانی خدمات باشد.

محافظت مالی

همه‌ی افراد، مایل به دریافت خدمات سلامت قابل خرید و با کیفیت می‌باشند. این تمایل افراد، در سال‌های اخیر، جنبش پوشش همگانی سلامت را ایجاد کرده است. هر چند ریشه‌های جنبش پوشش همگانی سلامت را در جنبش مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۱

می‌دانند، از سال ۲۰۰۵، مجمع جهانی سلامت به طور مستقیم از دولت‌های کشورهای جهان خواست تا نظام سلامت کشور خود را به گونه‌ای گسترش دهند تا مردم بدون این که از نظر مالی دچار مشکل شوند بتوانند به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند. همان‌طور که در این تعریف ملاحظه می‌شود، جنبش پوشش همگانی سلامت با تمرکز بر محافظت مالی خانوارها در برابر هزینه‌های بیماری آغاز شده است؛ لذا در مدل‌های ارائه شده از پوشش همگانی سلامت که هدف آن تضمین دسترسی همه‌ی افراد به خدمات سلامت موثر و مورد نیاز است، یکی از ابعاد کلیدی، این است که دسترسی به خدمات برای بیماری‌ها یا جراحات نباید منجر به ایجاد دشواری‌های مالی برای افراد گردد. گزارش سازمان جهانی بهداشت درباره‌ی عملکرد نظام‌های سلامت در سال ۲۰۰۰ نیز توجه به محافظت مالی خانوار در برابر هزینه‌های بیماری را با مفهوم "تامین مالی منصفانه" به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام‌های سلامت معرفی کرده است (۱۷،۱۸).

اگر افراد مجبور باشند بیشتر هزینه‌های خدمات را از جیب خود پرداخت کنند، افراد بی بضاعت قادر به دریافت بسیاری از خدمات سلامت مورد نیاز نخواهند بود و حتی افراد ثروتمند نیز در صورت شدید بودن یا طولانی مدت بودن بیماری، متحمل هزینه‌های سنگینی خواهند شد. شکل‌های مختلف محافظت در برابر خطر مالی، منابع تامین مالی را یک کاسه می‌کند (مانند مالیات، سایر درآمدهای دولت و یا سهم بیمه‌ها)؛ خطر مالی بیماری‌ها را در کل جمعیت پخش کرده و اجازه می‌دهد یارانه از ثروتمندان به فقرا و از افراد سالم به بیماران جهت‌دهی شود. این امر باعث افزایش دسترسی به خدمات مورد نیاز و محافظت در برابر خطر مالی می‌گردد.

ضرورت محافظت مالی از خانوار در برابر هزینه‌های کمرشکن بیماری به سه عامل اصلی زیر مرتبط است:

- ۱- در مورد زمان و شدت یک بیماری یا حادثه قطعیتی وجود ندارد؛ در صورت نیاز به خدمات سلامت غیرقابل پیش‌بینی، منابع مالی مورد نیاز برای خرید سایر مایحتاج خانوار، صرف هزینه سلامت می‌گردد.
- ۲- بهداشت و درمان چه به صورت نسبی و چه مطلق می‌تواند بسیار گران قیمت باشد؛ به طوری که حتی خدمات سلامت ارزان نیز ممکن است برای فقرا کمرشکن باشند. در چنین مواردی، ممکن است مردم از استفاده از خدمات مورد نیاز صرف نظر کنند یا هزینه‌ی خدمات را پرداخت کرده و خطر فقیر شدن را بپذیرند.
- ۳- بیماری یا حوادث می‌توانند با کاهش درآمد همراه باشند که به نوبه‌ی خود، خطر افتادن در ورطه‌ی فقر را افزایش دهند (۱۲،۱۳).

پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد محافظت مالی در نظام سلامت، از طریق اشتراک خطر خسارت مالی بین گروه‌های مختلف مردم (انباشت) و توزیع خطر در طول زمان (پیش‌پرداخت) حاصل می‌گردد. انباشت و پیش‌پرداخت، به کاهش مشکلات مالی ناشی از نیازهای بهداشتی - درمانی غیر قطعی، حذف موانع مالی دسترسی به خدمات سلامت و کاهش بروز مشکلات مالی مرتبط با بیماری کمک می‌کند (۱۹،۲۰).

هر چند میزان انباشت و پیش‌پرداخت در نظام سلامت، تاثیر اصلی را بر عمق (نسبتی از هزینه مزایا که با منابع انباشت شده پوشش داده می‌شود) مکعب پوشش همگانی دارد، بر عرض یا پهنای پوشش همگانی سلامت (جامعیت مزایای سلامت) و حیطه (وسعت مزایایی که پوشش داده می‌شود) نیز اثر گذار است. از سوی دیگر، محافظت مالی می‌تواند سهم بسزایی بر دو هدف سیاسی، یعنی کارایی و عدالت داشته باشد. از سویی، محافظت مالی، موجب رفاه افراد شده و باعث کارآتر شدن نظام سلامت و اقتصاد کلان کشور

می‌شود و از سوی دیگر، محافظت مالی کافی باعث می‌شود همه‌ی خانوارها، از جمله فقرا، در صورت نیاز، به راحتی و بدون دغدغه‌ی مالی از خدمات استفاده کنند که این امر به افزایش عدالت منجر می‌شود.

سیاست‌گذاران در کشورهای مختلف، ابزارهای متعددی در اختیار دارند تا از طریق آن بتوانند بر عمق پوشش همگانی خدمات یا محافظت مالی در نظام سلامت تاثیر بگذارند. در واقع، عملکرد تامین مالی نظام سلامت بر این بعد پوشش همگانی سلامت بسیار تاثیرگذار خواهد بود. همه‌ی نظام‌های سلامت، منابع را جمع‌آوری، مدیریت و مصرف می‌کنند. به منظور دستیابی به هدف سلامت بهتر، لازم است بخش مالی خدمات سلامت، منابع کافی تولید کند و همچنین، خطرات به طور موثر انباشت شده و به خدمات اختصاص یابند؛ به شیوه‌ای که منجر به عملکرد مطلوب گردند. به منظور پایش عملکرد مالی نظام‌های سلامت، شاخص‌هایی برای هر یک از کارکردهای مالی تعریف شده است. به طور مثال، به منظور ارزیابی اثربخشی عملکرد جمع‌آوری منابع در نظام سلامت، لازم است از شاخص‌هایی که بیانگر میزان منابع بالقوه در دسترس نظام سلامت است، استفاده گردد.

یک نظام تامین مالی سلامت خوب، از طریق فراهم آوردن منابع کافی، به ارتقای وضعیت سلامت کمک می‌کند. افزون بر این، تامین مالی از طریق اصلاح انگیزه‌هایی که پرداخت کنندگان و دریافت کنندگان منابع در رابطه با ارائه و مصرف خدمت با آن‌ها مواجه هستند، بر وضعیت سلامت تاثیر می‌گذارد اما نظام تامین مالی سلامت، علاوه بر ارتقای وضعیت سلامت، بر طیفی از اهداف اجتماعی نیز تاثیر می‌گذارد که عبارتند از: همبستگی (انصاف در پرداخت برای خدمات سلامت مرتبط با درآمد افراد)، محافظت مالی (حق مردم نسبت به الزام نظام سلامت برای محافظت از آنان در برابر هزینه‌های بیماری) و پاسخگویی (استفاده‌ی مسئولانه از منابع). در هر صورت، تامین مالی نظام‌های سلامت از طریق کارکردهای جمع‌آوری، انباشت خطر و خرید خدمات، تاثیر بسیاری بر انصاف در مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت و نیز اثراتی بر پیامدهای سلامت و پاسخگویی دارد. تغییرات در نظام تامین مالی، بایستی سازوکارهای تامین مالی فعلی و موسسات اجتماعی را که به صورت تاریخی شکل گرفته است و نیز عقاید و انتظارات مردم درباره پرداخت برای خدمات سلامت را در نظر بگیرد (۵،۱۳،۲۱).

تامین مالی پوشش همگانی سلامت

پوشش همگانی سلامت، اساس تضمین امنیت بهداشتی جامعه است. فقیرترین افراد جامعه اغلب با بالاترین خطر سلامتی مواجه می‌شوند و به خدمات سلامتی و مراقبت‌های درمانی بیشتری نیاز دارند. از طرف دیگر، پرداخت‌های مستقیم از جیب باعث می‌شود افراد تمایلی به استفاده از خدمات سلامت، بخصوص خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری نداشته باشند و مراقبت‌های سلامت را به تعویق بیندازند (۲،۲۲). تخمین زده می‌شود حدود ۱،۳ میلیارد نفر از مردم جهان به دلیل فقر و ناتوانی در پرداخت خدمات مورد نیازشان، به خدمات سلامت دسترسی ندارند و بدلیل مشکل در دسترسی و یا به خاطر پرداخت بابت دریافت خدمات سلامت و یا عدم توانایی در امرار معاش، دچار فقر مالی می‌شوند. کاهش وابستگی به پرداخت‌های مستقیم، موانع تامین مالی را کاهش داده و اثر فقرزایی نظام‌های پرداخت سلامت را کم می‌کند (۳).

یکی از عناصر کلیدی در تامین مالی پوشش همگانی سلامت، به اشتراک‌گذاری منابع به منظور پخش خطر مالی ناشی از بیماری در تمامی جمعیت است. نظام سلامت باید اعتبارات مالی لازم برای تامین نیازهای مالی مرتبط با سلامتی افراد نیازمند را فراهم کرده و وجوه مورد نیاز را بدون توجه به توانایی پرداخت آن‌ها جمع‌آوری کند (۲). کشورهایی که بیشترین پیشرفت را در فراهم‌سازی پوشش همگانی سلامت داشته‌اند، منابع مالی لازم را از مشارکت اجباری افرادی که توان پرداخت دارند، دریافت مالیات از آن‌ها، و یا

مشارکت اجباری تعیین شده برای بیمه‌ی سلامت فراهم کرده‌اند. برای دستیابی به این امر، استفاده از نظام پیش‌پرداخت لازم است. پیش‌پرداخت، به این معنی است که مردم قبل از این که بیمار شوند، پرداخت می‌کنند و در هنگام بیماری، از منابع یک کاسه شده بهره می‌برند. جدای از افرادی که توان پرداخت دارند، در تمامی کشورها افرادی وجود دارند که قادر به مشارکت مالی در پرداخت نیستند. کشورهایی که در حال رسیدن به پوشش همگانی سلامت هستند، از درآمدهای مالیاتی برای پوشش نیازهای این‌گونه افراد استفاده می‌کنند تا اطمینان حاصل کنند تمامی افراد در زمان نیازشان به خدمات سلامت دسترسی دارند.

برای حمایت از کشورهای کم درآمد که در آنها نظام پیش‌پرداخت کارا نبوده و نیازهای سلامت گسترده است، کمک‌های بین‌المللی ضروری است. سرمایه‌گذاری در توسعه‌ی نظام پیش‌پرداخت و جمع‌بندی منابع، به منظور تامین مالی پروژه‌ها و برنامه‌های سلامت، یکی از بهترین روش‌های کمک به کشورها برای دور شدن از پرداخت مصرف‌کنندگان و بهبود دسترسی به خدمات و مراقبت‌های سلامتی و محافظت از خطر مالی از طریق کمک‌های بین‌المللی است (۲۵-۲۲).

در مجموع، هیچ راه واحدی برای ایجاد یک نظام تامین مالی مشخص برای پوشش همگانی وجود ندارد. همه‌ی کشورها باید بر اساس شیوه‌ای که از منابع جمع‌بندی شده استفاده می‌شود، تصمیم‌گیری کنند و دائماً اولویت‌های خود را تعدیل کنند؛ چرا که منابع همواره کمیاب است، تقاضای مردم تداوم دارد و فناوری‌های خدمات سلامت در حال گسترش‌اند. چنین تضادها و چالش‌هایی، سیاست‌گذاران را وادار می‌کند تصمیمات خود را بر سه زمینه‌ی اساسی متمرکز کنند: نسبت جمعیتی که پوشش داده می‌شود؛ دامنه‌ی خدماتی که می‌خواهند فراهم کنند؛ و نسبت هزینه‌هایی که پوشش داده می‌شود (۲۲، ۶). کشورهای مختلف برای رسیدن به پوشش همگانی، مسیرهای مختلفی را بر اساس نوع تصمیماتی که بر پایه‌ی این سه محور می‌گیرند، طی می‌کنند. برای مثال، در نظامی که همه به جز طبقه‌ی مرفه، از دریافت خدمات سلامت ناتوان هستند، حرکت سریع به سمت نظامی که همه‌ی افراد را، اعم از فقیر و ثروتمند، پوشش دهد، یک اولویت می‌باشد؛ حتی اگر خدمات سلامت و نسبت هزینه‌های پوشش داده شده توسط منابع مالی، به نسبت کم باشد. در عین حال، در یک سیستم جامع و گسترده، با اندک موارد استثناء، دولت ممکن است رویکرد هدفمندی را با هدف شناسایی و تحت پوشش قرار دادن این موارد برگزیند. در چنین مواردی، می‌توان خدمات بیشتری را به مردم فقیر ارائه کرد و یا نسبت بیشتری از هزینه‌ها را پوشش داد (۴).

رفع ابهام‌ها درباره‌ی پوشش همگانی سلامت

پوشش همگانی سلامت فقط تامین مالی بخش سلامت نیست، بلکه باید تمام اجزای نظام سلامت را پوشش دهد تا به موفقیت دست یابد. برخی از این اجزا عبارتند از: نظام‌های ارایه‌ی خدمات سلامت، نیروی کار بخش سلامت، تسهیلات و شبکه‌های ارتباطی بخش سلامت، فناوری‌های بخش سلامت، نظام‌های اطلاعاتی، و سازو کارهای تضمین کیفیت.

پوشش همگانی سلامت تنها تضمین ارایه‌ی بسته‌ی حداقلی از خدمات سلامت نیست، بلکه تضمین گسترش سریع پوشش خدمات سلامت و محافظت در برابر خطر مالی است.

پوشش همگانی سلامت به معنای پوشش رایگان تمام مداخلات بهداشتی ممکن بدون توجه به هزینه‌ی آن نیست؛ هیچ کشوری نمی‌تواند تمامی خدمات را به صورت رایگان ارائه کند.

پوشش همگانی سلامت تنها بخش سلامت را در بر نمی‌گیرد. حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت به معنی حرکت به سمت عدالت، توسعه‌ی اولویت‌ها و همبستگی اجتماعی است.

پوشش همگانی سلامت، نه تنها بر خدماتی که پوشش داده می‌شوند تمرکز دارد، بلکه بر چگونگی پوشش آن‌ها از طریق تمرکز بر مراقبت‌های سلامتی مردم محور و یکپارچگی مراقبت‌ها نیز تاکید می‌کند. نظام‌های سلامت باید بر پایه‌ی نیازها، و انتظارات مردم بر پایه‌ی سلامت جامع طولانی مدت سازماندهی شوند تا مردم بتوانند نیازهای سلامتی خود را بهتر درک کنند (۳، ۵، ۶).

تلاش برای دستیابی به پوشش همگانه سلامت در کشورهای مختلف جهان

در حال حاضر، بیشتر کشورهای اروپایی و غربی که سطح بالایی از منابع مالی را در اختیار دارند و وضعیت مطلوبی از نظر سطح توسعه دارند، به پوشش همگانی سلامت دست یافته‌اند. کشورهایی مانند آلمان بر پایه‌ی نظام بیمه‌ی بیسمارک، کانادا بر پایه‌ی نظام بیمه‌ی ملی، و انگلستان بر پایه‌ی نظام طب ملی، سال‌ها پیش به سطح قابل قبولی از پوشش همگانی سلامت دست یافته‌اند. کشورهای مختلف به طور فزاینده‌ای در حال گسترش پوشش سلامتی خود در حیطه‌ی گسترده‌تری از تلاش برای بهبود محافظت اجتماعی کل جمعیت خود- همان‌گونه که در عهدنامه‌ی شماره‌ی ۱۰۲ امنیت اجتماعی سازمان بین‌المللی کار (حداقل استانداردها) تعیین شده است- هستند (۲۹-۲۶).

در طول دهه‌ی گذشته، بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط ثابت کردند که دستیابی و نزدیک شدن به پوشش همگانی سلامت، منحصراً حق کشورهای توسعه یافته و پردرآمد نیست. به عنوان مثال، کشورهای شیلی، چین، برزیل، مکزیک، رواندا، ترکیه، و تایلند از جمله کشورهای در حال توسعه هستند که برای برطرف کردن چالش‌های پیش‌روی توسعه‌ی پوشش همگانی سلامت، اقدامات موثری انجام داده‌اند. استفاده از تجربیات این کشورها می‌تواند راهنمای خوبی برای نظام سلامت ایران باشد (۲۳-۱۸ و ۳۱-۳۳).

تایلند در زمره‌ی نخستین کشورهای با درآمد کم و متوسط است که از سال ۲۰۰۲ میلادی به پوشش همگانی سلامت دست یافته است. کشورهایی همچون چین، غنا، هندوستان، فیلیپین، رواندا، آفریقای جنوبی و ویتنام از تجربه‌ی تایلند در ارتباط با اصلاح نظام سلامت و دسترسی به پوشش همگانی سلامت استفاده کرده‌اند. قانون اساسی تایلند بر حق دسترسی همه‌ی شهروندان به مراقبت‌های سلامتی و حق دسترسی رایگان فقرا به مراقبت‌های سلامتی و دسترسی به خدمات سلامتی برای همه تاکید کرده است. این مهم، در برنامه‌ی هشتم توسعه‌ی اقتصادی و اجتماعی ملی تایلند (۲۰۰۱-۱۹۹۷) آمده است. توسعه‌ی اقتصادی و اجتماعی دهه‌های گذشته و تجربه‌ی ۲۵ سال اصلاح تامین مالی نظام سلامت نیز به موفقیت پوشش همگانی سلامت کمک کرده است (۲۳).

ترکیه در سال ۲۰۱۴ به پوشش همگانی سلامت دست یافت. تعهد سیاسی به نظام بهداشت و درمان، برقراری نظام قوی ثبت اطلاعات الکترونیکی، تقویت نظام مرکزی وزارت بهداشت با استفاده از افزایش تعداد و توان فنی نیروی انسانی، جلب مشارکت همگانی برای اجرای برنامه، ایجاد جذابیت و مشوق‌های مناسب در جهت کاهش مقاومت در برابر تغییرات به وجود آمده، از جمله عوامل موفقیت ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی بوده است (۱۷، ۱۰).

تلاش برای دستیابی به پوشش همگانه سلامت در ایران

پوشش فراگیر سلامت در ایران، به عنوان یک کشور در حال توسعه، یکی از اهداف غایی نظام سلامت و از مهم‌ترین اصول قانون اساسی و نیز بندهای سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری می‌باشد. در برنامه‌های توسعه‌ای کشور و از جمله برنامه‌ی توسعه‌ی پنج ساله چهارم و پنجم نیز بر این ضرورت مهم تاکید شده است. در اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران،

خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت پزشکی به عنوان حق همگانی برای تمام شهروندان در نظر گرفته شده است. در این راستا، جمهوری اسلامی ایران نیز در جهت پوشش همگانی سلامت تلاش‌های متعددی انجام داده است و دستیابی به آن در زمره‌ی اهداف نظام سلامت قرار دارد. مطرح شدن مباحث مربوط به حفاظت مالی بیماران، ارایه‌ی خدمات سلامت در همه‌ی مناطق و مواردی از این قبیل در برنامه‌های توسعه‌ی چهارم و پنجم، همچنین سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، اجرای طرح تحول سلامت و غیره شواهدی هستند که بر توجه به پوشش همگانی سلامت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران دلالت می‌کنند. اما این فعالیت‌ها شاید نتیجه‌ی سال‌ها تلاش در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت باشد. بر این اساس، در ادامه، سابقه‌ی تلاش ایران در زمینه‌ی دستیابی به پوشش فراگیر سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد.

شاید اولین اقدام در ایران برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت را بتوان به حدود ۸۰ سال پیش منتسب کرد. در سال ۱۳۰۹، با تصویب طرح تشکیل صندوق احتیاط کارگران راه آهن، حرکت در مسیر پوشش فراگیر سلامت در ایران آغاز شد. پس از آن طی تغییر و تحولات زیادی در سال‌های مختلف، در آبان ماه ۱۳۶۸، ضمن تصویب قانون الزام تامین اجتماعی، مسئولیت تامین درمان، انجام و ارایه‌ی خدمات و مراقبت‌های درمانی کارگران و مشمولان قانون کار و تامین اجتماعی به سازمان تامین اجتماعی محول گردید. همچنین در سال ۱۳۷۴، سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی تاسیس شد و طبق قانون، تامین بیمه‌ی خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان، خویش‌فرمایان و سایر گروه‌های اجتماعی به این سازمان واگذار شد (۳۴). بر اساس ماده‌ی ۳۸ برنامه‌ی پنجم توسعه در سال ۱۳۹۱، با تجمیع صندوق‌های متعدد، این سازمان به سازمان بیمه‌ی سلامت ایران تغییر نام داد. در حال حاضر، سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه‌ی سلامت ایران، بیشتر افراد را تحت پوشش بیمه قرار داده‌اند.

ارایه‌ی خدمات بیمه‌ای و تحت پوشش قرار دادن افراد جامعه، یک جنبه‌ی پوشش همگانی سلامت است و جنبه‌ی دیگر آن، ارایه‌ی خدمات سلامت به آحاد جامعه است. در این زمینه، ایران از حدود ۷۰ سال پیش دست به اقدامات متعددی زده است. از جمله اقدامات موثری که قبل از مطرح شدن مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کنفرانس آلماتا در ایران اجرایی شد، گسترش مراقبت‌های اولیه بهداشتی در برخی از شهرها و روستاهای ایران بود.

از زمانی که کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت در قزاقستان، در بیانیه‌ی آلماتا-آتا مراقبت‌های بهداشتی اولیه را راه دستیابی به سلامت برای همه دانستند، قریب به چهل سال می‌گذرد. طی این مدت، بسیاری از کشورهای جهان در تلاش برای استقرار نظام سلامت خود بر پایه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه بوده‌اند. ایران نیز از سال ۱۳۱۹ تا ۱۳۵۱، برای حل مشکلات مربوط به ارایه‌ی خدمات سلامت و توزیع نیروی پزشکی کشور، اقدامات مختلفی را به اجرا درآورد. طرح تربیت بهدار از سال ۱۳۱۹ در مشهد و از سال ۱۳۲۵ در اصفهان و شیراز اجرا شد. همچنین طرح سپاه بهداشت از سال ۱۳۴۳ و طرح تربیت بهدار روستا در شهرهای شیراز، شمیران و تنکابن و طرح سلسله در الشتر لرستان در سال‌های بعد به اجرا گذاشته شد. از دیگر طرح‌های مهم در گسترش خدمات بهداشتی اولیه، طرح تحقیقاتی نحوه‌ی توسعه‌ی خدمات پزشکی و بهداشتی بود که از سال ۱۳۵۱ در ارومیه اجرا و به طرح رضائیه معروف شد. راهبرد اصلی این طرح، تربیت و به کارگیری نیروی انسانی غیرپزشک در ارایه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی و دسترسی بهتر مردم به این دسته از خدمات بود. در سال ۱۳۵۶، وزارت بهداری به طور رسمی طرح رضائیه را به عنوان شیوه‌ی اصلی گسترش خدمات سلامت پذیرفت و در نهایت با استفاده از تجربیات طرح‌های اجرا شده‌ی پیشین، طرح نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی و سطح‌بندی خدمات سلامت در فاصله سال‌های ۱۳۶۱ تا ۱۳۶۶ به عنوان یکی از موفق‌ترین تجربیات جهانی در زمینه‌ی دستیابی آحاد جامعه به خدمات سلامت اجرا شد. در ادامه، در سال ۱۳۸۴ با اجرایی شدن طرح پزشک خانواده‌ی روستایی، برگ دیگری از ارایه‌ی خدمات به ساکنان

روستاها ورق خورد که نتایج بسیاری از پژوهش‌ها، از موفقیت این طرح در دسترسی بیشتر روستاییان و شهرهای زیر بیست هزار نفر جمعیت به خدمات سلامت حکایت می‌کنند (۳۵ و ۳۶). سرانجام در اوایل سال ۱۳۹۳، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، تاکید ضمنی و آشکاری بر پوشش فراگیر سلامت داشت. در این سال، برای اولین بار در کشور، دولت با اجرای طرح تحول نظام سلامت، گامی مهم و بلند در راستای دستیابی به ابعاد پوشش فراگیر سلامت و از جمله کاهش میزان پرداخت از جیب و تلاش برای افزایش کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز بالینی برداشت. در همین سال و با مطرح شدن فاز دوم هدفمندی یارانه‌ها، بخش عمده‌ای از درآمد حاصل از هدفمندی یارانه‌ها و همچنین یک درصد از مالیات بر ارزش افزوده، به بخش سلامت اختصاص یافت. بر پایه‌ی منابع حاصله، طرحی موسوم به طرح تحول سلامت در گام‌های مختلف در کشور اجرا شد که هدف مشترک این گام‌ها و برنامه‌های اجرایی، دستیابی به پوشش فراگیر سلامت بود. از جمله برنامه‌های اجرایی در قالب طرح تحول سلامت، می‌توان به طرح کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، طرح حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، و حفاظت مالی از بیماران خاص، صعب‌العلاج و نیازمند اشاره کرد که می‌توانند تاثیر مستقیمی بر پوشش فراگیر خدمات سلامت داشته باشند.

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

منابع

1. Bump JB. The long road to universal health coverage: a century of lessons for development strategy: Rockefeller foundation; 2010.
2. Fendall N. Declaration of Alma-Ata. *The Lancet* 1978; 312 (8103): 1308.
3. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS Med* 2014; 11(9): e1001731. doi: 10.1371/journal.pmed.
4. Fried ST, Khurshid A, Tarlton D, Webb D, Gloss S, Paz C, et al. Universal health coverage: necessary but not sufficient. *Reproductive health matters* 2013; 21(42):50-60.
5. Carrin G, Xu K, Evans DB. Exploring the features of universal coverage. *Bull World Health Organ* 2008;86 (11): 818.
6. Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88 (6): 402-3.
7. O'Connell T, Rasanathan K, Chopra M. What does universal health coverage mean? *The Lancet* 2014; 383 (9913): 277-9.
8. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet* 2012; 380 (9845): 933-43.
9. Carrin G, James C. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. [Discussion paper no. 2]. Geneva: WHO; 2004.
10. Atun R, Aydin S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet* 2013; 382 (9886): 65-99.
11. Preker AS, Lindner ME, Chernichovsky D, Schellekens OP. *Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course*: Washington, DC: World Bank; 2013.
12. World Health Organization. Measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage. Meeting Report, Rockefeller Foundation Center, Bellagio; 2012.
13. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet* 2012; 380 (9845): 924-32.
14. Mulupi S, Kirigia D, Chuma J. Community perceptions of health insurance and their preferred design features: implications for the design of universal health coverage reforms in Kenya. *BMC health services research* 2013; 13 (1): 474.
15. World Health Organization. *The World Health Report, 2000: Health systems: improving performance*; 2000.
16. Temkin LS. Universal Health Coverage: Solution or Siren? Some Preliminary Thoughts. *Journal of Applied Philosophy* 2014; 31 (1): 1-22.
17. Aran M, Ozceli EA. *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Country Summary Report for Turkey*; 2014.
18. Savedoff WD, Smith AL. *Achieving universal health coverage: learning from Chile, Japan, Malaysia and Sweden*. Washington DC: Results for Development Institute; 2011.
19. Anell A, Glengård AH, Merkur S. *Health Systems in Transition: Sweden: Health System Review: European*

- Observatory on Health Systems and Policies; 2012.
20. Yip WC-M, Hsiao WC, Chen W, Hu S, Ma J, Maynard A. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *The Lancet* 2012; 379 (9818): 833-42.
21. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 2012;380(9849):1259-79.
22. Bonilla-Chacín ME, Aguilera N. The Mexican social protection system in health. *Universal Health Coverage (UNICO) Studies Series No 1*. Washington, DC: The World Bank; 2013. [Cited 9 June 2014]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/17286333/Mexican-social-protection-system-health>
23. Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Wibulpolprasert S, Suthiwisesak P. *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Country Summary Report for Thailand*; 2014.
24. Detsky AS, Naylor CD. Canada's health care system-reform delayed. *New England Journal of Medicine* 2003; 349 (8): 804-10.
25. Docteur E, Oxley H. Health-care systems: lessons from the reform experience. *OECD Economics Department Working Papers No. 374*; 2003. Available from: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1329305>
26. Ham C, Brommels M. Health care reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. *Health Affairs* 1994; 13 (5): 106-19.
27. Busse R, Blümel M. Health Systems in Transition. *Health* 2014; 16 (2).
28. Yu S-H, Anderson GF. Achieving universal health insurance in Korea: A model for other developing countries? *Health Policy* 1992; 20 (3): 289-99.
29. Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy and Planning* 2009; 24 (1): 63-71.
30. Barroy H, Or Z, Kumar A. *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Country Summary Report for France*; 2014.
31. *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Country Summary Report for Brazil*; 2014.
32. Elias P, Cohn A. Health reform in Brazil: lessons to consider. *American Journal of Public Health* 2003; 93 (1): 44-8.
33. Gragnolati M, Lindelow M, Couttolenc B. Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the sistema unico de saude: *World Bank Publications*; 2013.
34. Doshmangir L, Rashidian A, Ravaghi H, Takian A, Jafari M. The experience of implementing the board of trustees' policy in teaching hospitals in Iran: an example of health system decentralization. *International Journal of Health Policy and Management*; 2014.
35. Takian A, Rashidian A, Doshmangir L. The experience of purchaser-provider split in the implementation of family physician and rural health insurance in Iran: an institutional approach. *Health Policy and Planning*. 2015:czu135.
36. Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Family practice*. 2013:cmt025.

فصل ۲

پوشش موثر خدمات سلامت

چکیده

در بسیاری از کشورها، برای ارزیابی میزان دستیابی به پوشش خدمات سلامت از شاخص‌های مربوط به پوشش خام خدمات استفاده می‌شود؛ در حالی که میزان استفاده از خدمات سلامت، لزوماً به معنای دستیابی به اهداف پوشش همگانی که نشان‌دهنده‌ی ارتقای سطح سلامت مردم است نمی‌باشد. تغییر این رویکرد باعث به وجود آمدن مفهوم جدیدی برای ارزیابی دسترسی به خدمات سلامت شده است که تحت عنوان پوشش موثر^۱ خدمات شناخته می‌شود. پوشش موثر، یک ابزار استاندارد و قابل انعطاف است که به کمک آن می‌توان عملکرد نظام سلامت را در سطوح مختلف ارزیابی کرد و منافع بالقوه‌ای که توسط نظام سلامت ارایه می‌شود را سنجید. در بخش حاضر، شاخص‌های مورد استفاده برای ارزیابی خدمات اساسی سلامت در ایران - که از گزارش‌های مختلف سازمان جهانی بهداشت و گزارش بار بیماری‌های جمهوری اسلامی ایران استخراج شده است - با دیدگاه پوشش موثر خدمات مورد بررسی قرار گرفته است. بررسی یافته‌ها حاکی از آن است که ساختار فعلی سنجش میزان دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت در ایران، بیشتر بر پوشش خدمات تأکید دارد و ساختار گردآوری اطلاعات به گونه‌ای است که برخی از شاخص‌های مهم پوشش موثر خدمات سلامت گردآوری نمی‌شوند؛ به خصوص اطلاعات شاخص‌هایی که عدالت توزیعی در پوشش خدمات سلامت را بر اساس سطح درآمد، جنس، شهر و روستا به منظور پایش سطوح مختلف ارایه خدمت نشان می‌دهند ناقص است. ایجاد نظام دیده‌بانی پوشش همگانی خدمات سلامت در سطوح پنج‌گانه، شامل: (۱) ارایه‌ی خدمات؛ (۲) شناسایی و تعریف شاخص‌های ارزیابی دستیابی به پوشش همگانی؛ (۳) به کارگیری شاخص‌های پوشش موثر به جای پوشش خام خدمات؛ (۴) یکپارچه‌سازی نظام گردآوری اطلاعات پوشش همگانی در سطح وزارت بهداشت؛ و (۵) توجه به شاخص‌های عدالت در پوشش موثر خدمات می‌تواند حرکت کشور به سمت پوشش همگانی خدمات سلامت را تسهیل نماید.

مقدمه

پوشش موثر، بخشی از منافع بالقوه‌ی نظام سلامت است که بطور واقعی از طریق سیستم بهداشتی و با توجه به ظرفیت آن به مردم ارایه می‌شود. پوشش موثر به عنوان ابزاری استاندارد و قابل انعطاف می‌تواند عملکرد نظام سلامت را در سطوح مختلف ارزیابی نماید. در واقع، پوشش موثر، سه شکل ارایه‌ی خدمات بهداشتی یعنی نیاز، استفاده و کیفیت را با هم یکی می‌کند تا عملکرد نظام سلامت را ارزیابی کند (۱-۲).

|||| نیاز به یک مداخله از طریق اطلاعات حاصل از پژوهش، بیومارکرها و یا روش‌های جایگزین، مانند تشخیص علائم اندازه‌گیری می‌شود.

|||| شاخص استفاده نشان‌دهنده‌ی این است که آیا فرد نیازمند به یک مداخله‌ی خاص، آن را دریافت کرده و مورد استفاده قرار می‌دهد یا خیر؟ اطلاعات مربوط از طریق سیستم‌های ثبت اداری و مطالعات خانوار استخراج می‌شود.

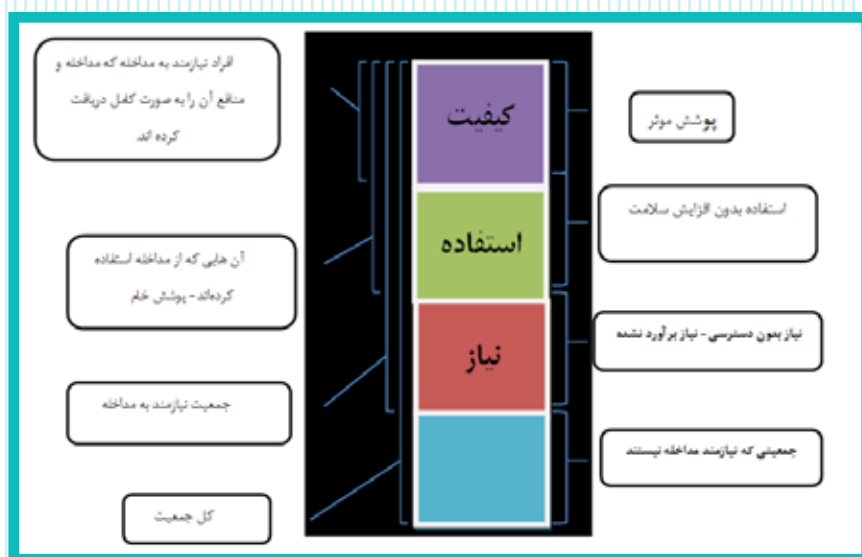
|||| مقیاس کیفیت نشان می‌دهد که آیا مداخله‌ی مورد نظر باعث افزایش سلامتی یا حفاظت در فرد استفاده‌کننده شده است یا خیر؟ (اثربخشی). کیفیت مداخله می‌تواند با استفاده از روش‌های مختلف، پیامد سلامتی را در ارتباط با مداخلات مورد استفاده اندازه‌گیری کند. مداخله، تعدیل خطر^۱، و روش‌های آماری^۲ مثال‌هایی از این روش می‌باشند (۱).

اندازه‌گیری پوشش موثر، در مقایسه با اندازه‌گیری پوشش خام که تنها دستیابی به خدمات را نشان می‌دهد، مفیدتر و موثرتر است؛ زیرا استفاده از یک خدمت، میزان منافع کسب شده از آن خدمت را نشان نمی‌دهد. برای نظام‌های سلامت بسیار مهم است که علاوه بر پوشش خدمات،

1 Risk-adjusted outcomes

2 Statistical methods

کیفیت آن را هم مورد سنجش قرار دهند. پوشش موثر، در واقع نیازها و اولویت‌های سلامت را منعکس می‌کند و به عنوان شاخص کمکی برای ارتقای برنامه‌ها و ارزیابی عملکرد بکار می‌رود. پوشش موثر در سطوح محلی و جغرافیایی، شکاف‌هایی را که باعث عدم دسترسی به مداخلات موثر می‌شود مشخص می‌کند. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱، پوشش موثر را به عنوان شاخصی برای ارزیابی نظام سلامت معرفی کرد و ارزیابی آن را در سطح کشوری و جهانی مورد تأکید قرار داد (۱). وجود تفاوت اندک بین سطح پوشش خام و موثر مداخله در یک جمعیت، نشان می‌دهد که کیفیت مداخله بالا بوده است. اگر پوشش موثر به طور قابل توجهی پایین‌تر از پوشش خام باشد، حاکی از این است که سیستم، توانایی فراهم کردن دسترسی به مداخله را دارد اما منافع مورد انتظار حاصل نشده و کیفیت مداخله پایین است (شکل ۱).



شکل ۱- مفهوم نیاز، نحوه‌ی استفاده، کیفیت و ارتباط آن‌ها با هم (۱)

نیازهای سلامت یک کشور همان اصول راهنمایی هستند که تعیین می‌کنند چه چیزی باید برای تعیین شاخص پوشش موثر در اولویت قرار گیرد. مطالعه‌ی بار بیماری‌ها در سال ۲۰۱۰، بسیاری از این نیازها را نشان داده است (۳). به عنوان مثال در کشورهای پر درآمد و توسعه یافته، بیماری‌های غیرواگیر و مزمن، و در کشورهای کم درآمد بیماری‌های واگیر در اولویت قرار دارند. به منظور برآورد میزان پوشش موثر، سه جزء این شاخص، یعنی نیاز، استفاده، و کیفیت باید در دو سطح کلی و همچنین بر اساس میزان عادلانه بودن توزیع اندازه‌گیری شوند. اطلاعات لازم در خصوص نیاز فرد به یک مداخله، استفاده از آن مداخله و تاثیر آن مداخله به وسیله زنجیره‌ای از داده‌ها پیگیری می‌شود. رویکردهای مختلف برای اندازه‌گیری پوشش موثر در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. رویکردهای مختلف برای اندازه‌گیری پوشش موثر

رویکرد	توصیف	منبع اطلاعات	نقاط قوت	محدودیت‌ها
محتوای مراقبت	- بر فرایند مراقبت سلامت تمرکز دارد.	اطلاعات بیمارستانی و مصاحبه‌های انجام شده با بیمار	- آرایه‌ی اطلاعات لازم از موضوعاتی مثل عرضه و تقاضا - منابع و خروجی فعالیت به عنوان شاخص عینی عمل می‌کند.	- ارزیابی ذهنی از کیفیت - خروجی یا محتوای مراقبت نمی‌تواند بعنوان سودمندی سلامت تفسیر شود.
بیومارکرها	تمرکز بر بهبودی بیماری‌هایی دارد که با بیومارکرها تشخیص داده می‌شود.	ارزیابی سلامت شامل معاینات فیزیکی	فراهم کردن یک معیار عینی از سلامت واقعی	فراهم کردن اطلاعات مبتنی بر بیومارکرها، پرهزینه و در برخی موارد غیر عملی است.
ثبت هم‌گروهی	تمرکز بر تغییر وضعیت سلامت افراد در طول مداخله دارد.	ثبت اطلاعات هم‌گروهی	اندازه‌گیری تاثیر مراقبت بر بیماری مزمن در طول زمان	- محدود به مداخلات و نظارت دقیق بیمار و درمان آرایه شده توسط کارکنان
مداخله	- نیاز به توجه دقیق عوامل مداخله‌گر وابسته به زمان و نبود پی‌گیری	اطلاعات خانوار	پیامد سلامتی حاصل از یک مداخله را بصورت کمی در قالب نسبت شانس و یا خطر نسبی بیان می‌کند.	نظرسنجی از خانوار به ندرت برای شناسایی اثرات سلامت قابل استفاده است.
روش‌های آماری	با روش‌های آماری و ابزار، پیامد سلامت را ارزیابی می‌کند؛ ضمن این که متغیرهای پنهان را کنترل می‌کند.	اطلاعات مطالعه سلامت	آرایه‌ی راه حل مناسب برای جهت‌گیری‌های بالقوه مرتبط با عوامل مخدوش کننده	تنها همبستگی یا ارتباط بین گروهی که در معرض مداخله قرار گرفته‌اند و نتیجه‌ی سلامت را تخمین می‌زند نه اثر علی را.
پیامدهای تعدیل خطر	پیامدهای سلامت را با در نظر گرفتن مشخصات بیمار و خطر مرگ تخمین می‌زند که می‌تواند بطور سیستماتیک در هر موقعیتی متفاوت باشد.	اطلاعات بیمارستانی	شاخصی برای کیفیت مراقبت فراهم می‌کند که منعکس کننده‌ی هر دو خروجی فرایندی و سلامت ناشی از مراقبت می‌باشد.	- محدود به مداخلاتی است که در مراکز بهداشتی درمانی آرایه می‌شود. - عوامل خطر ممکن است به سادگی قابل تعدیل نباشند، مخصوصاً زمانی که این خطرات را نتوان کنی کرد.

رویدادهای مهم در اسناد بالادستی

در این بخش، تحلیل اسناد بالادستی کشور مشتمل بر قانون اساسی (۴)، سند نهایی چشم‌انداز ۲۰ ساله‌ی جمهوری اسلامی ایران (۵)، نقشه‌ی تحول نظام سلامت (۶) و سیاست‌های کلی سلامت ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری (۷) به صورت خلاصه ذکر شده است. به صورت کلی، جهت‌گیری‌های اسناد مذکور در زمینه‌ی پوشش موثر و عادلانه خدمات به صورت زیر قابل ذکر است:

ارتقای سلامت

برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی- درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. ایران دارای مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه است.

ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد مردم

فراهم‌سازی امکانات و تسهیلات مناسب برای تامین سلامت انسان در تمام مراحل زندگی

حداکثر سلامت به مثابه‌ی حق، ارتقاء، حفظ و اعاده‌ی سلامت و کیفیت زندگی همگان در بالاترین حد ممکن

ارتقای شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی

ارتقای دسترسی به خدمات

بهره‌مندی مردم از مراقبت‌های کارآی سلامت جسمی و روانی

- |||| توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی
- |||| تامین نیازهای اساسی از جمله بهداشت، پوشش فراگیر و بهره‌مندی آحاد جامعه از بسته‌ی جامع خدمات پایه‌ی سلامت
- |||| بهبود دسترسی به خدمات سلامت با تأکید بر دسترسی حاشیه‌نشین‌های شهرها و مناطق روستایی
- |||| تامین سلامت برای همه
- |||| دسترسی عادلانه به سایر خدمات.

عدالت

- |||| عادلانه‌ترین نظام سلامت در منطقه
 - |||| عدالت همه جانبه در تأمین و تحقق سلامت؛ مردم بر اساس نیاز خود از مراقبت‌های سلامت بهره‌مند خواهند شد.
 - |||| عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت
 - |||| دسترسی عادلانه به سایر خدمات
 - |||| عدالت در پیامدهای سلامتی
 - |||| عدالت در همه‌ی سیاست‌ها
 - |||| برابری فرصت سالم زیستن
 - |||| بهبود وضعیت عدالت عمودی و افقی در ارایه‌ی خدمات سلامت
 - |||| تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه‌ی سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارایه‌ی خدمات درمانی مطلوب به مردم
 - |||| توزیع سلامت در جامعه
 - |||| تامین عدالت در سلامت تا سال ۱۴۰۴
 - |||| تحقق عدالت در بخش سلامت
 - |||| افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی
 - |||| دسترسی عادلانه آحاد مردم به خدمات، کالاها و داروهای موثر
 - |||| دسترسی همگانی به خدمات سلامت روان به ویژه در شهرها
 - |||| پیشرفت و عدالت همزمان؛ ایران دارای عادلانه‌ترین و توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه
 - |||| پایش و اندازه‌گیری منظم عدالت در سلامت کشور
 - |||| کارایی و عدالت اجتماعی؛ معیارهای اصلی ارزیابی عملکرد نظام سلامت.
- بررسی بندهای اسناد بالادستی کشور در خصوص پوشش همگانی حاکی از آن است که موضوع ارتقای سلامت و ارتقای کلی آن به نسبت کشورهای مختلف، عدالت در بهره‌مندی از خدمات با کیفیت سلامت در گروه‌های مختلف جمعیتی و مناطق مختلف کشور، و همچنین پوشش عادلانه‌ی خدمات مهم‌ترین موارد مورد نظر سیاست‌گذار در این بخش بوده است.
- تدوین این بخش از گزارش با هدف تعیین شاخص‌های پوشش موثر خدمات سلامت انجام شد. جهت تعیین شاخص‌ها، ضمن بررسی وضعیت موجود ایران، مهم‌ترین شاخص‌هایی که در سطح جهان برای بررسی وضعیت پوشش همگانی خدمات سلامت استفاده

می‌گردد، تعیین گردیدند. با این هدف، بعد از مصاحبه با صاحب‌نظران و همچنین جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی، گزارش‌ها و مطالعات زیر انتخاب شدند:

|||| گزارش پایش پیشرفت به سمت پوشش همگانی خدمات سلامت (۲)

|||| گزارش اهداف توسعه‌ی هزاره (۸)

|||| دستنامه‌ی پایش بی‌عدالتی در سلامت (۹)

|||| پانل مدیریتی معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۰)

|||| گزارش بار بیماری‌های جمهوری اسلامی ایران (۳)

سپس، شاخص‌ها وارد جداول تطبیقی شدند. شاخص‌های مشترک یا آن‌هایی که قرابت موضوعی بیشتری با گزارش حاضر داشتند انتخاب شدند. با توجه به بررسی‌های انجام شده، ۲۸ شاخص انتخاب شدند (جدول ۲). سطح مناسب و معنی‌دار (مانند تفکیک به لحاظ منطقه‌ی جغرافیایی و جنسیت) برای گزارش هر یک از شاخص‌ها تعیین گردید. شاخص‌های شناسایی شده در این مرحله از نظر وجود داده برای محاسبه (هم در سطح کلی و هم توزیع شاخص) بررسی شدند. با توجه به شاخص‌های شناسایی شده، داده‌های موجود در حوزه‌های مرتبط در وزارت بهداشت، در سه دسته‌ی کلی گروه‌بندی و تحلیل شدند:

|||| (۱) شاخص‌هایی که پوشش موثر خدمت را نشان می‌دهند،

|||| (۲) شاخص‌هایی که با تعدیل‌هایی می‌توان پوشش موثر خدمت را با استفاده از آن‌ها محاسبه کرد،

|||| (۳) شاخص‌هایی که تنها نشان دهنده‌ی میزان استفاده از خدمت هستند و به عنوان شاخص‌های مکمل می‌توانند مورد استفاده

قرار گیرند.

وضعیت پوشش موثر خدمات سلامت در ایران

جدول ۲، لیست شاخص‌های مورد بررسی در این گزارش و توضیحات مرتبط با هر کدام را نشان می‌دهد. در سایر جداول و نمودارهای این بخش (جدول ۶-۳ و نمودارهای ۳-۱)، مقادیر هر یک از شاخص‌ها به تفکیک استان‌های مختلف کشور -در صورت وجود داده‌ی مرتبط- ارایه شده است. در شاخص‌هایی که امکان دسترسی به داده‌های مربوط به توزیع آن بر اساس جنسیت یا شهری و روستایی بودن فراهم بوده است، جداول به صورت جداگانه ارایه شده است.^۱

جدول ۲. وضعیت وجود شاخص‌های مورد بررسی در ایران و نقایص اطلاعاتی مرتبط با هر کدام از شاخص‌ها

نام شاخص اصلی	توضیحات
درصد حاملگی‌های برنامه‌ریزی شده	
پوشش مراقبت دوران بارداری (حداقل ۶ بار)	این شاخص در گزارش سازمان بهداشت جهانی حداقل چهار بار مراقبت می‌باشد که در ایران به صورت حداقل شش بار جمع‌آوری می‌گردد.
میزان مرگ مادران (در صد هزار تولد زنده)	این شاخص می‌تواند تا حدودی موثر بودن خدمات مربوط به مراقبت دوران بارداری را نشان دهد.
درصد پوشش واکسن سرخک-اوریون-سرخجه	با توجه به اطمینان از دریافت واکسن توسط جمعیت هدف می‌توان موثر بودن پوشش این خدمت را از میزان اثربخشی گزارش شده برای آن استخراج کرد.
میزان بروز موارد تایید شده‌ی بیماری سرخک در میلیون	این شاخص به عنوان یک شاخص مکمل برای واکسیناسیون سرخک قابل استفاده است.
درصد خانوارهای روستایی که به آب آشامیدنی دسترسی دارند	منظور از دسترسی در این شاخص تعداد خانوارهایی است که حداقل در فاصله یک کیلومتری یا ۳۰ دقیقه‌ای منبع آب آشامیدنی سالم هستند.
درصد خانوارهای روستایی برخوردار از توالت بهداشتی	این شاخص بر اساس تعریف دفتر سلامت و محیط کار وزارت بهداشت می‌باشد.
درصد افرادی غیرسیگاری	بررسی روند این شاخص می‌تواند اطلاعات خوبی را در خصوص موثر بودن خدمات مرتبط با آن ارایه دهد.
درصد زایمان انجام شده توسط فرد دوره دیده	فرد دوره دیده مطابق تعریف وزارت بهداشت می‌باشد.
درصد افراد HIV مثبت تحت پوشش مراکز مثلثی	بررسی روند این شاخص می‌تواند اطلاعات خوبی را در خصوص موثر بودن خدمات مرتبط با آن ارایه دهد.
میزان بیماری‌ی کلی سل در صد هزار نفر (میزان بروز کل موارد جدید سل در صد هزار نفر جمعیت)	-
درصد افراد مسلول اسمیر مثبت درمان شده	این شاخصی برای نشان دادن میزان موثر بودن خدمات ارائه شده برای درمان سل می‌باشد.
درصد افراد دارای پرفشاری خون مراقبت شده	در خصوص این شاخص، داده‌های مربوط به درصد افراد دارای فشارخون بالا را به تفکیک استان داریم. داده‌ها به صورت پیمایش هر چندسال یک بار گردآوری می‌گردد
تعداد بیماران مبتلا به دیابت مراقبت شده	در خصوص این شاخص، داده‌های مربوط به درصد افراد قند خون بالا را به تفکیک استان داریم. داده‌ها به صورت پیمایش هر چندسال یک بار گردآوری می‌گردد
قند خون بالا (درصد افرادی با قند خون ناشتای بالای ۶۲۱ که ۵۲ تا ۰۷ ساله هستند)	-
درصد ماموگرافی انجام شده (زنان ۵۳ سال و بالاتر)	این شاخص به همراه شاخص میزان بروز سرطان پستان می‌تواند برای نشان دادن موثر بودن خدمات مربوطه به کار رود.
سرطان پستان (میزان بروز خام سرطان در زنان به ازای صد هزار نفر جمعیت زنان)	این شاخص به همراه شاخص میزان بروز سرطان گردن رحم می‌تواند برای نشان دادن موثر بودن خدمات مربوطه به کار رود.
درصد پاپ اسمیر انجام شده (زنان ۵۶-۸۱ سال ازدواج کرده)	این شاخص به عنوان یک نماینده برای خدمات مربوط به سلامت دهان و دندان ارایه شده است.
سرطان گردن رحم (میزان بروز خام سرطان در زنان به ازای صد هزار نفر جمعیت زنان)	-
درصد کودکان ۲۱ ساله که دارای دندان‌های پوسیده، کشیده شده یا پر شده هستند.	بررسی روند این شاخص نشان دهنده‌ی موثر بودن خدمات مرتبط با ترویج زایمان طبیعی می‌باشد.
درصد افراد نیازمند به جراحی برای درمان آب مروارید که جراحی شده‌اند.	-
درصد انجام زایمان با روش طبیعی	بررسی روند این شاخص، اطلاعاتی را در خصوص موثر بودن خدمات مربوطه نشان می‌دهد.
بیماری‌های خفیف روانی (میزان بیماران جدید شناسایی شده در ۰۰۰۱ نفر جمعیت تحت پوشش)	بررسی روند این شاخص، اطلاعاتی را در خصوص موثر بودن خدمات مربوطه نشان می‌دهد.
بیماری‌های شدید روانی (میزان بیماران جدید شناسایی شده در ۰۰۰۱ نفر جمعیت تحت پوشش)	بررسی روند این شاخص، اطلاعاتی را در خصوص موثر بودن خدمات مربوطه نشان می‌دهد.
درصد تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر	-
کلسترول خون بالا (درصد افراد با کلسترول بالای ۶۲۱ که ۵۲-۰۷ ساله هستند مربوط به سال ۸۳۲)	این شاخص شامل درصد کمبود روی، ویتامین A، ویتامین D و درصد کم خونی می‌باشد.
وضعیت ریزمغزی‌ها	-
درصد افراد با اضافه وزن یا چاق	-

جدول ۳. شاخص های منتخب سلامت بر اساس شاخص توسعه‌ی انسانی به تفکیک استان در سال ۱۳۹۲ (بر اساس درصد)

نام استان	حاملگی های برنامه ریزی شده	پوشش مراقبت دوران بارداری	پوشش MMR (سرخک- اوریون-سرخجه	دسترسی به آب آشامیدنی در روستا	دسترسی به توالت بهداشتی در روستا	زایمان توسط فرد دوره دیده	میزان بیماریابی کلی سل درصد هزار نفر
البرز	-	۹۰/۸	۹۹	۱۰۰	۹۵/۸	۹۷	۱۳/۵۲
تهران	-	۹۰/۵	۹۹	۹۹/۹۹	۹۴	۹۷/۴	۱۴/۵
اصفهان	-	۹۶/۵	۹۹	۹۹/۸۷	۹۱	۹۹/۷	۶/۸۷
قزوین	۷۶/۴	۹۲/۷۲	۹۹	۹۹/۷۹	۹۱	۹۸/۴	۶/۱
گیلان	۷۴/۹	۹۷/۵	۹۹	۸۹/۶۸	۸۸/۶	۱۰۰	۳۴/۱۶
فارس	-	۸۳/۶	۹۹	۹۹/۳۳	۸۱	۹۷/۴	۴/۶۴
یزد	۶۷/۵	۹۲/۶	۹۹	۹۹/۵۸	۹۴/۳	۹۵/۵	۱۱/۶۳
بوشهر	۷۲/۱	۹۶/۵	۹۹	۹۹/۲۲	۹۲/۵	۱۰۰	۷/۵۱
سمنان	-	۹۴/۴	۹۹	۹۹/۹۴	۹۲/۱	۹۷/۴	۱۱/۸۸
خوزستان	۶۸/۴	۸۶/۴	۹۹	۹۸/۳۲	۹۱	۹۸/۹	۱۹/۶۸
مازندران	-	۹۳/۹	۹۹	۹۹/۷۷	۸۲	۹۸/۳	۱۲/۳۷
مرکزی	۶۱/۴	۹۵/۹	۹۹	۹۹/۹۶	۸۶/۹	۹۸/۸	۱۲/۷۶
قم	۵۷/۸	۸۹/۴	۹۴	۹۹/۳۹	۹۳/۶	۱۰۰	۱۵/۷۸
چهارمحال و بختیاری	۷۰/۵	۹۶/۷	۹۹	۹۹/۳۵	۹۹/۸	۱۰۰	۲/۳۳
ایلام	۶۸/۷	۹۴/۲	۹۹	۹۹/۸۸	۷۹/۷	۱۰۰	۸/۷۵
گلستان	۷۲/۱	۸۸/۱	۹۹	۹۸/۷۷	۷۴/۶	۹۹/۱	۵۰/۸۲
خراسان رضوی	-	-	۹۹	۹۹/۸۴	۸۴	-	۱۷/۶۵
خراسان جنوبی	۶۴/۷	۹۳/۶	۹۹	۹۶/۸	۸۶/۶	۱۰۰	۱۸/۲۶
خراسان شمالی	-	۸۲/۱	۹۹	۹۸/۸۷	۶۴/۴	۹۸/۶	۱۲/۶۲
کرمان	-	۸۳/۸	۹۹	۹۷/۹۱	۶۴	۹۲/۹	۱۲/۰۷
نام استان	حاملگی های برنامه ریزی شده	پوشش مراقبت دوران بارداری	پوشش MMR (سرخک- اوریون-سرخجه	دسترسی به آب آشامیدنی در روستا	دسترسی به توالت بهداشتی در روستا	زایمان توسط فرد دوره دیده	میزان بیماریابی کلی سل درصد هزار نفر
هرمزگان	۶۶/۲	۸۱/۴	۹۹	۹۶/۰۷	۸۵/۹	۹۴/۱	۱۴/۸۶
آذربایجان شرقی	۷۴/۶	۸۹/۹	۹۹	۹۹/۷۱	۸۰	۹۹/۵	۷/۳۶
زنجان	۶۶/۵	۹۴/۹	۹۹	۹۹/۹۸	۷۱/۲	۱۰۰	۸/۰۹
همدان	-	۹۴/۳	۹۹	۹۹/۷۹	۷۱/۳	۱۰۰	۶/۳۳
کرمانشاه	۷۴	۹۰/۲	۹۹	۹۹/۴۸	۷۳/۱	۹۶/۸	۱۴/۸۱
کهگیلویه و بویراحمد	۶۵/۴	۹۶/۱	۹۹	۹۸/۹۷	۷۹	۹۸/۳	۵/۱۲
اردبیل	۷۰/۲	۸۸/۷	۹۹	۹۷/۳۵	۸۰	۱۰۰	۱۳/۴۹
لرستان	۷۲/۶	۹۲/۹	۹۹	۹۷/۲۸	۷۷/۱	۱۰۰	۱۱/۳۵
آذربایجان غربی	۷۱/۴	۸۹/۲	۹۹	۹۸/۹۷	۸۱/۹	۱۰۰	۷/۲
کردستان	۵۹/۵	۹۰/۳	۹۹	۹۹/۸۷	۷۶	۹۷/۳	۱۱/۱
سیستان و بلوچستان	-	۶۴/۵	۹۹	۸۴/۲۷	۷۳	۷۰/۳	۴۷/۹۸
میانگین منطقه مدیترانه شرقی	-	۳۹	۸۳	۸۷	۶۸	۵۸	۹۰۱
میانگین جهانی	-	۵۶	۸۴	۹۰	۶۴	۷۲	۱۲۲
میانگین کشوری (۱۳۹۰)	-	-	-	-	-	-	-
میانگین کشوری (۱۳۹۱)	-	-	۹۸	۹۷/۵۳	۸۰/۴	-	۷/۰۹
میانگین کشوری (۱۳۹۲)	-	-	۹۹	۹۷/۸۶	۸۱/۲	-	-

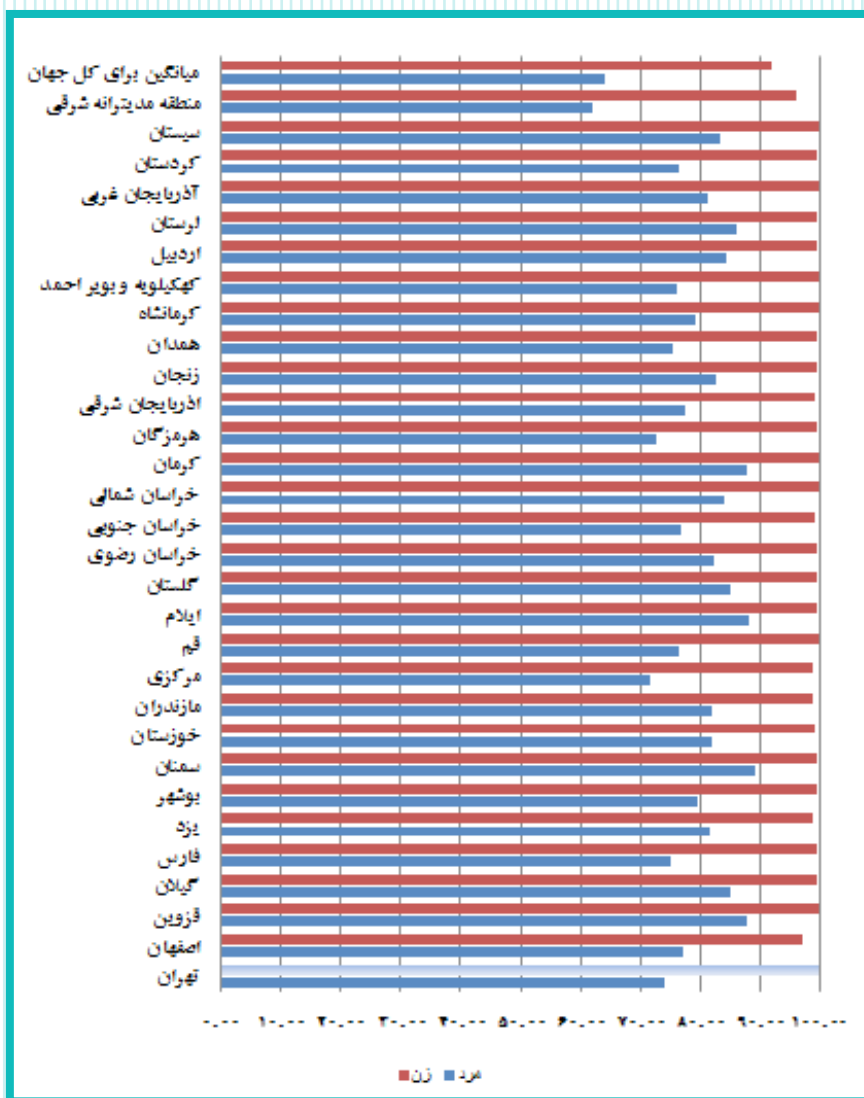
جدول ۴. شاخص های منتخب سلامت بر اساس شاخص توسعه‌ی انسانی و به تفکیک استان در سال ۱۳۹۲ بر حسب درصد

استان	قند خون بالا	سرطان پستان	درصد زایمان طبیعی	بیماری‌های خفیف روانی	بیماری‌های شدید روانی	تغذیه انحصاری با شیر مادر	کلسترول خون بالا
البرز	۱۱/۱۵	۱۹	۳۷	۵/۲	۱/۲۶	۵۲/۲۵	
تهران	۶/۰۹	۳۵	۳۳/۴	۱/۸	-/۰۷	۴۹/۹۳	۳۵/۰۱
اصفهان	۳۵/۸	۳۷	۴۴	-/۲	-/۰۳	۴۳/۰۷	۳۷/۰۹
قزوین	۲۷/۷	۱۵	۴۰/۱	۱/۳	-/۳۳	۳۹/۱۲	۳۴/۳۵
گیلان	۸/۴۵	۲۲	۲۶/۲	-/۱۷	-/۰۷	۸۵/۶۵	۴۲/۰۳
فارس	۱۰/۰۸	۳۷	۴۴/۸	-/۶	-/۱۱	۴۷/۱۷	۴۰/۰۱
یزد	-	۳۶	۴۷/۹	-/۰۸	-/۰۳	۳۳/۱۱	۲۹/۶۵
بوشهر	۸/۶۵	۱۸	۴۷/۳	-/۰۵	-/۰۵	۴۵/۵۷	۲۵/۰۱
سمنان	۱۰/۶۵	۲۰	۳۹/۴	-/۵۶	-/۱۲	۵۵/۴۷	۴۹/۰۸
خوزستان	۸/۸۵	۳۴	۵۳/۶	-/۴۵	-/۳۵	۳۴/۳	۲۲/۷۵
مازندران	۶/۹۵	۲۵	۳۰/۹	۱	-/۱۱	۶۴/۸۷	۴۲/۰۹
مرکزی	۱۲/۰۵	۲۸	۴۵/۹	-/۴	-/۰۹	۴۱/۵۲	۳۷/۰۶
قم	۷/۵۵	۱۰	۴۳/۴	-/۱	-/۱۴	۶۳/۶۴	۴۹/۹۵
چهارمحال و بختیاری	۵/۷۵	۱۶	۵۵/۷	-/۶	-/۱	۷۰/۴۲	۳۱
ایلام	۵/۰۲	۱۰	۴۴	-/۳	-/۱	۳۸/۵۶	۲۸/۰۲
گلستان	۱۰/۰۹	۱۵	۴۹	-/۲	-/۶	۶۱/۰۷	۳۵/۰۸
خراسان رضوی	۷/۰۵	۱۹	۵۶/۵	۱/۵	-/۱	۵۵/۳۲	۳۱/۰۷
خراسان جنوبی	۵/۱۵	۱۱	۵۸/۹	-/۲۴	-/۰۷	۵۴/۸۶	۳۲/۶۵
خراسان شمالی	۱۵/۵۵	۹	۶۴/۴	-/۸	-/۲۵	۵۲/۸۸	۳۹/۴۵
کرمان	۷/۰۶	۱۷	۵۳/۶	۱	-/۰۱	۵۹/۷	۲۳/۸۵
استان	قند خون بالا	سرطان پستان	درصد زایمان طبیعی	بیماری‌های خفیف روانی	بیماری‌های شدید روانی	تغذیه انحصاری با شیر مادر	کلسترول خون بالا
استان	۴/۰۱	۸	۵۷/۸	-/۱۹	-/۰۴	۵۱/۷۱	۳۷/۰۶
هرمزگان	۱۲/۰۸	۲۲	۳۴/۱	-	-	۵۸/۷۶	۲۷/۰۵
آذربایجان شرقی	۱۱/۰۳	۱۸	۵۶	-	-	۶۴/۱۸	۲۳/۰۷
زنجان	۸۵/۶	۱۹	۴۶/۸	-/۱۵	-/۰۹	۴۲/۵۶	۲۲/۰۸
همدان	۹/۰۶	۱۱	۵۵/۹	۸/۱	۱/۲	۴۲/۴۵	۲۸/۳۵
کرمانشاه	۴/۰۷	۱۰	۳۵/۳	-/۵	-/۰۵	۶۸/۷۵	۴۰/۰۴
کهگیلویه و بویراحمد	۱۰/۵۵	۱۵	۵۷/۸	-/۰۶	-/۰۲	۶۹/۸۴	۵۰/۰۹
اردبیل	۵/۵۵	۱۲	۵۵/۵	۱/۰۴	-/۲	۶۷/۹۹	۲۵/۹۵
لرستان	۸/۹۵	۱۴	۶۱/۷	-/۱۸	-/۰۷	۷۴/۸۲	۲۹/۰۳
آذربایجان غربی	۶۵/۹	۵	۷۶	-/۶۹	-/۲۱	۴۷/۴۴	۳۳/۶۵
کردستان	۲۲/۶	-	۸۴	-	-	۳۶	-
سیستان و بلوچستان	۱۱	-	۸۴	-	-	۳۷	-
میانگین منطقه مدیترانه شرقی	۱۳/۷۹	-	-	-/۸۵	-/۱۴	-	۲۷/۹۷
میانگین جهانی	-	۳۱	۴۴	-/۸۴	-/۱۵	۵۳/۱	-
میانگین کشوری (۱۳۹۰)	-	-	۴۶	-	-	-	-
میانگین کشوری (۱۳۹۱)	-	-	-	-	-	-	-
میانگین کشوری (۱۳۹۲)	-	-	-	-	-	-	-

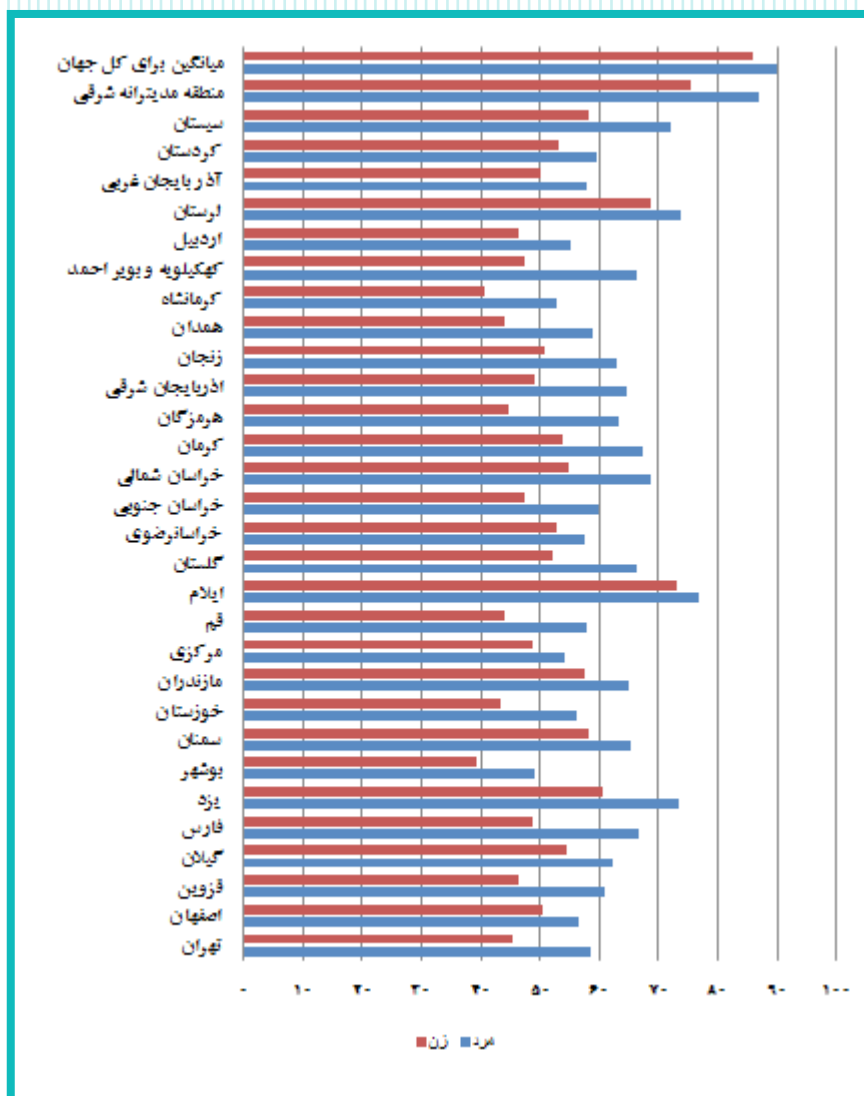
جدول ۵. درصد کمبود ریز مغذی‌ها در گروه‌های مختلف سنی به تفکیک اقلیم‌ها در کشور

اقلیم ۱۱	اقلیم ۱۰	اقلیم ۹	اقلیم ۸	اقلیم ۷	اقلیم ۶	اقلیم ۵	اقلیم ۴	اقلیم ۳	اقلیم ۲	اقلیم * ۱	کشور	جمعیت هدف	وضعیت ریز مغذی‌ها (۱۱)
۳۱	۱۱	۲۰	۱۴	۳۰	۳۰	۱۹	۲۰	۱۴	۱۵	۱۴	۲۰	کودکان ۱۵-۲۳ ماهه	درصد کمبود روی
۱۷	۸	۱۳	۱۷	۱۸	۱۷	۱۹	۹	۹	۱۴	۹	۱۳	کودکان ۶ ساله	
۱۳	۶	۱۲	۱۵	۲۰	۱۲	۱۴	۹	۵	۱۹	۷	۱۱	نوجوانان ۱۴-۲۰ سال	
۳۶	۱۶	۲۱	۳۰	۴۰	۴۱	۲۳	۳۴	۱۶	۳۳	۳۴	۲۸	زنان باردار	درصد کمبود ویتامین A (خفیف و شدید)
۲۳	۳۱	۲۱	۲۰	۳۶	۲۹	۲۳	۲۲	۲۸	۱۸	۱۱	۲۰	کودکان ۱۵-۲۳ ماهه	
۹۱	۷۸	۸۷	۸۹	۹۲	۸۶	۸۱	۸۸	۹۵	۷۶	۸۲	۸۶	زنان باردار	
۲۳	۳۱	۲۰	۲۰	۳۶	۲۹	۲۳	۲۲	۲۸	۱۸	۱۱	۳۴	کودکان ۱۵-۲۳ ماهه	درصد کمبود ویتامین D
۵۱	۵۹	۴۲	۵۷	۷۵	۶۸	۶۶	۷۲	۵۱	۷۱	۶۶	۶۲	کودکان ۶ ساله	
۷۸	۷۷	۶۳	۷۱	۷۱	۶۸	۷۵	۸۷	۷۹	۸۶	۸۴	۷۶	نوجوانان	
۶۲	۵۴	۴۵	۴۷	۶۸	۵۹	۵۹	۷۳	۶۸	۷۲	۶۴	۶۱	میانسالان	
۱۵	۱۵	۹	۱۱	۲۹	۱۰	۲۶	۱۱	۳۳	۱۱	۱۷	۱۶	زنان باردار	درصد کم‌خونی (هموگلوبین پایین)
۱۷	۱۵	۱۷	۸	۲۸	۱۳	۴۲	۱۸/۵	۳۹/۷	۱۵/۴	۱۵/۱	۲۰/۷	کودکان ۱۵-۲۳ ماهه	
۷	۱۲	۶	۷	۱۸	۷	۲۳	۹	۱۶	۷	۱۳	۱۱	کودکان ۶ ساله	
۹	۹	۸	۶	۱۸	۵	۲۱	۸	۱۳	۷	۱۰	۱۰	نوجوانان	
۸	۱۲	۷	۹	۱۹	۸	۱۹	۸	۱۵	۷	۱۴	۱۱	میانسالان	

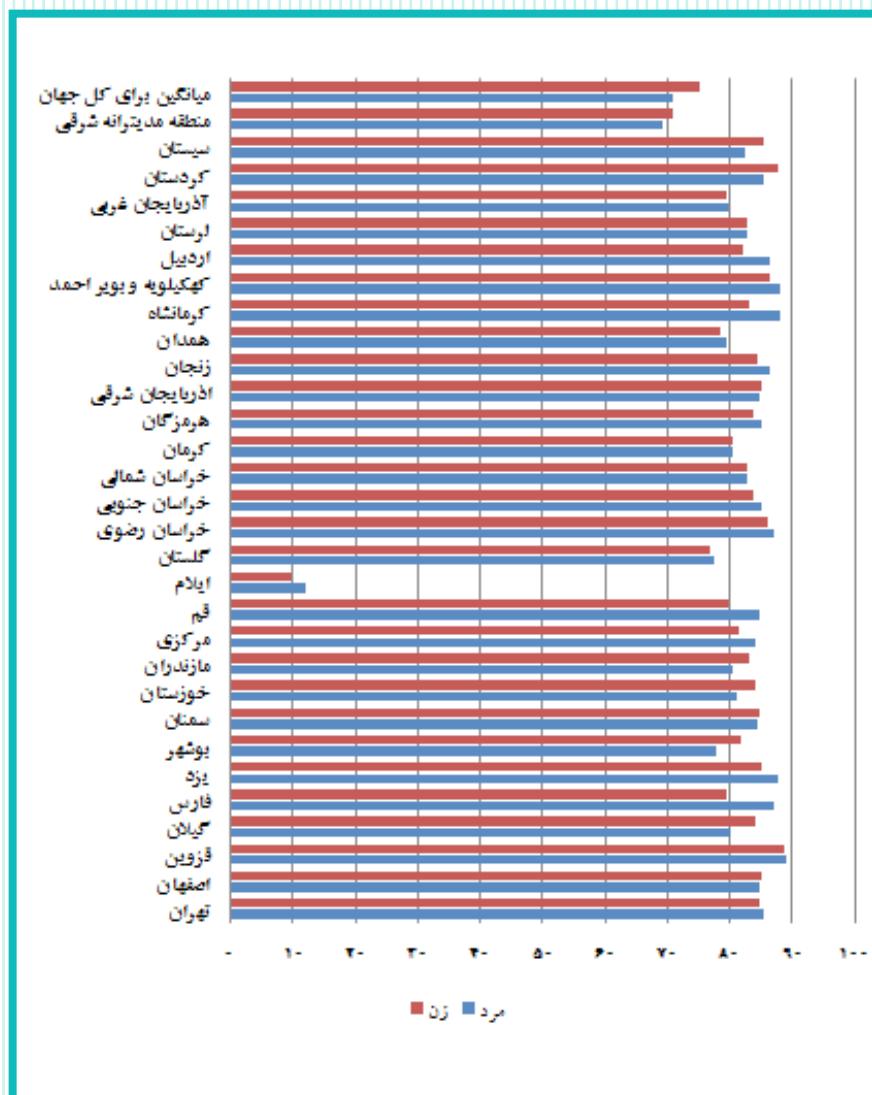
* اقلیم ۱: گیلان و مازندران؛ اقلیم ۲: آذربایجان شرقی، غربی، اردبیل؛ اقلیم ۳: گلستان، شمال خراسان؛ اقلیم ۴: سمنان، مرکز خراسان؛ اقلیم ۵: سیستان و بلوچستان، جنوب خراسان، شرق کرمان؛ اقلیم ۶: یزد، اصفهان، چهارمحال و بختیاری، کرمان؛ اقلیم ۷: بوشهر، هرمزگان و خوزستان؛ اقلیم ۸: تهران، البرز؛ اقلیم ۹: زنجان، قزوین، قم، مرکزی؛ اقلیم ۱۰: ایلام، کردستان، کرمانشاه، لرستان، همدان، خوزستان؛ اقلیم ۱۱: فارس، کرمان، کهگیلویه و بویراحمد



نمودار ۱. درصد افراد ۱۵-۶۵ ساله غیرسیگاری به تفکیک استان، سال ۱۳۹۲



نمودار ۲. درصد افراد ۱۵-۶۵ ساله بدون اضافه وزن به تفکیک استان، سال ۱۳۹۲



نمودار ۳. مقایسه‌ی افراد ۶۵-۱۵ ساله دارای فشارخون بالا در استان‌های مختلف کشور بر حسب جنس، سال ۱۳۹۲

جدول ۶. مقایسه‌ی درصد عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر منتخب در کل کشور بر حسب سن، ۸۸-۱۳۸۵

سال	درصد افرادی که روزانه سیگار می‌کشند		درصد افراد دارای اضافه وزن		درصد افراد با فشارخون بالا	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
۱۳۸۵	۲۰/۸۲	۰/۸۶	۳۴/۱۱	۲۲/۷۵	۱۸/۵۶	۱۶/۱۴
۱۳۸۶	۲۱/۶۵	۰/۸۸	۴۰/۳۹	۵۱/۷۵	۱۷/۶۳	۱۷/۱۲
۱۳۸۷	۲۱/۱۹	۰/۸۱	۳۸/۷۸	۴۹/۸۵	۱۶/۵۵	۱۷/۱
۱۳۸۸	۲۰/۳۹	۱/۰۲	۳۹/۰۴	۴۸/۹۹	۱۶/۰۷	۱۶,۱۲

یافته‌ها در خصوص درمان بیماران مبتلا به سل نیز نشان داد که میزان موفقیت درمان برای افراد مسلول اسامیر مثبت در ایران برابر با ۸۵ درصد، در منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی برابر با ۸۸ درصد و میانگین این شاخص برای کل جهان ۸۷ درصد می‌باشد.

چالش‌های موجود در ایران و تحلیل وضعیت پوشش موثر خدمات سلامت

جداول و نمودارهای ارائه شده در بخش قبلی، تصویری از وضعیت موجود در کشور را در خصوص شاخص‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد. البته در هنگام استفاده از این شاخص‌ها به منظور قضاوت در خصوص وضعیت پوشش موثر خدمات، بایستی احتیاط بیشتری به خرج داد؛ زیرا ممکن است در عرصه‌ی سیاست‌گذاری هنوز سوالات و ابهاماتی در مورد این شاخص‌ها، و کمکی که آن‌ها به قضاوت صحیح در خصوص میزان پوشش واقعی خدمات سلامت می‌کنند وجود داشته باشد.

شاخص‌های ارائه شده در قسمت قبل از دو نظر قابل بررسی هستند:

■ سودمندی شاخص برای قضاوت در خصوص وضعیت پوشش موثر خدمات

■ سودمندی شاخص برای قضاوت در خصوص وضعیت عدالت

■ سودمندی شاخص برای قضاوت در خصوص وضعیت پوشش موثر خدمات

همان‌طور که در مقدمه ذکر شد، اندازه‌گیری پوشش خام تنها میزان استفاده از خدمات را نشان می‌دهد و قادر نیست میزان فایده و سودمندی کسب شده از خدمت را برای استفاده‌کننده نشان دهد. لذا نظام‌های سلامت باید علاوه بر اندازه‌گیری پوشش خام، کیفیت (موثر بودن) خدمات را هم مورد سنجش قرار دهند. با توجه به موارد فوق، در این بخش سعی شده است شاخص‌های ارائه شده در قسمت قبل با دیدگاه میزان قدرت شاخص در نشان دادن تاثیر خدمات مورد بحث قرار گیرد. به صورت کلی می‌توان شاخص‌های مورد بررسی در این مطالعه را در قالب سه گروه زیر بررسی کرد:

(۱) شاخص‌هایی که پوشش موثر خدمت را نشان می‌دهند،

(۲) شاخص‌هایی که با تعدیل‌هایی در آن‌ها می‌توان پوشش موثر خدمت را محاسبه نمود،

(۳) شاخص‌هایی که تنها نشان دهنده‌ی میزان استفاده از خدمت هستند و به عنوان شاخص مکمل می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند.

بر این اساس، دسته‌ی اول از شاخص‌های مورد بررسی شامل مواردی مانند درصد حاملگی‌های برنامه‌ریزی شده، تعداد موارد تأیید

شده‌ی سرخجه در یک سال، میزان بروز سرخک، تعداد موارد ایدز (اچ.آی.وی) مثبت شناسایی شده، میزان بروز سل، می‌باشند که هر کدام قادر هستند اثرات مربوط به برخی از خدمات سلامت را ارزیابی کنند. هر یک از این شاخص‌ها دارای ملاحظات عملیاتی در خصوص جمع‌آوری و راستی‌آزمایی می‌باشند که باید در هنگام برنامه‌ریزی‌های مربوطه مورد توجه قرار گیرند. به عنوان مثال، شاخص "درصد حاملگی‌های برنامه‌ریزی شده" نشان دهنده‌ی میزان پوشش موثر خدمات مربوط به آموزش و مشاوره و سایر خدمات مربوطه می‌باشد. در حال حاضر، داده‌های مورد نیاز برای محاسبه‌ی این شاخص در مناطق روستایی کشور، به استثنای برخی از استان‌ها، با دقت قابل قبولی جمع‌آوری و ثبت می‌گردد. در مناطق شهری، پوشش کاملی در خصوص این شاخص وجود ندارد و با توجه به این که در بیشتر استان‌های کشور میزان زایمان توسط فرد دوره دیده بالای ۹۵٪ است، می‌توان از این طریق و با یک دستورالعمل مناسب، اطلاعات حداقل ۹۵٪ از موارد در خصوص خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی‌ها را بدست آورد. شاخص‌های "میزان مرگ و میر مادران" و "میزان مرده‌زایی" می‌توانند به عنوان شاخص‌های مناسب برای نشان دادن پوشش مناسب خدمات مربوط به مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان توسط فرد دوره دیده در نظر گرفته شوند. شاخص میزان مولید دارای وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد، یکی دیگر از شاخص‌هایی است که اطلاعاتی را در خصوص میزان پوشش موثر خدمات مربوط به بهبود وضعیت تغذیه‌ی مادران باردار و آموزش‌های ارائه شده در دوره‌ی مراقبت‌های دوران بارداری ارائه می‌دهد. این شاخص می‌تواند بر اساس وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانوارها یا مناطق سکونت آنان نیز تحلیل شود.

دسته‌ی دوم از شاخص‌ها، مواردی هستند که با تعدیل‌هایی می‌توان از آن‌ها برای نشان دادن میزان پوشش موثر برخی خدمات سلامت یا مرتبط با سلامت استفاده کرد. از جمله‌ی این شاخص‌ها می‌توان به پوشش واکسیناسیون، بروز سرطان در جامعه، درصد کمبود روی، درصد کم‌خونی، کمبود ویتامین D، کمبود ویتامین A، درصد افراد سیگاری، شیوع چاقی و اضافه وزن، شیوع فشارخون، میزان قند و کلسترول خون بالا در جامعه اشاره کرد. واکسیناسیون سرخک، سرخجه و اورپون به ظاهر نشان دهنده‌ی پوشش خدمات است و تنها میزان استفاده از خدمت مذکور را نشان می‌دهد و احتمالاً شاخص مناسب برای نشان دادن پوشش موثر آن، میزان بروز سرخک، سرخجه و اورپون در یک میلیون نفر در سال می‌باشد. البته در مورد واکسیناسیون، عدم ایجاد پاسخ ایمنی می‌تواند ناشی از میزان اثربخشی خود واکسن نیز باشد. از آن‌جا که اطلاعات مربوط به میزان اثربخشی واکسن را می‌توان از مطالعات مرتبط و شرکت‌های تولیدکننده‌ی آن کسب کرد، می‌توان به صورت غیرمستقیم از این شاخص برای نشان دادن میزان اثربخشی ایمن‌سازی در مقابل یک بیماری -مثلاً سرخک- استفاده کرد. اطلاعات مربوط به این شاخص‌ها از پورتال مدیریت بیماری‌ها (بیماری‌های واگیر) قابل استخراج است. برخی از شاخص‌های دیگر در دسته‌ی دوم، مانند درصد کمبود روی، درصد کم‌خونی، کمبود ویتامین D، کمبود ویتامین A، و میزان مصرف سیگار می‌باشند. بررسی این شاخص‌ها در طول زمان (سری زمانی)، موثر بودن خدمات ارائه شده برای بهبود وضعیت آن‌ها را نشان می‌دهد.

دسته‌ی سوم، شاخص‌هایی مانند پوشش مراقبت دوران بارداری، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و زایمان توسط فرد دوره دیده هستند که همان‌طور که گفته شد، میزان استفاده از خدمات را نشان می‌دهند و به عنوان شاخص‌های مکمل می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند. شاخص پوشش مراقبت دوران بارداری -نسبت زنانی که حداقل شش بار مراقبت دوران بارداری را دریافت کرده‌اند- به صورت مستقیم نشان دهنده‌ی پوشش موثر خدمات نیست و فقط درصدی از جمعیت هدف که خدمت مذکور را دریافت کرده‌اند نشان می‌دهد. اما این شاخص از جمله مواردی است که در گزارش سازمان جهانی بهداشت -پایش پیشرفت به سمت پوشش همگانی خدمات سلامت- (۲) به عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی در نظر گرفته شده است. البته تحلیل موثر بودن خدمات مرتبط با این

شاخص، با بررسی شاخص‌های مرتبط دیگر مانند میزان مرگ مادر و نوزاد مفید می‌باشد. شاخص بعدی در این حوزه، دسترسی به آب آشامیدنی سالم می‌باشد که نشان دهنده‌ی مقدار استفاده از خدمت می‌باشد و همانند شاخص قبلی، سوالاتی در خصوص میزان موثر بودن آن وجود دارد. اما این موارد نیز از جمله شاخص‌هایی هستند که در گزارش سازمان جهانی بهداشت، به عنوان شاخص‌های مناسب برای نشان دادن پیشرفت به سمت پوشش همگانی خدمات سلامت ارایه شده‌اند. عدم دسترسی به آب آشامیدنی سالم، باعث بروز بیماری‌هایی نظیر اسهال و اسهال خونی می‌گردد. اما این بدین معنا نیست که تنها عامل این بیماری، عدم دسترسی به آب ناسالم است؛ لذا بررسی همه‌ی بیماری‌های مرتبط با این شاخص‌ها و ارتباط دادن آن‌ها به عدم دسترسی به خدمات مربوطه، مشکلات و محدودیت‌های متعددی به همراه خواهد داشت. بر این اساس، وجود تعاریف استاندارد برای آب آشامیدنی و دسترسی به آن باعث می‌شود این شاخص‌ها بتوانند تصویری از وضعیت موثر بودن خدمت مربوطه را ارایه دهند. زایمان توسط فرد دوره دیده نیز شاخصی است که اگرچه به خودی خود نمی‌تواند نشان دهنده‌ی میزان کاهش عوارض ناشی از عدم ارایه یا دریافت خدمت با استفاده از خدمت باشد، به همراه شاخص‌های دیگر مانند میزان مرگ مادران می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. البته این شاخص می‌تواند به عنوان اثر مراقبت‌های دوران بارداری در خصوص افزایش آگاهی مادران باردار نیز به شمار آید.

سودمندی شاخص برای قضاوت در خصوص وضعیت عدالت

یافته‌ها نشان داد که در بیشتر شاخص‌های مورد بررسی ایران در مقایسه با میانگین منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی و جهان، در وضعیت مناسبی قرار دارد. در برخی از موارد، مانند درصد زایمان طبیعی، اضافه وزن، و فشار خون بالا، وضعیت ایران نسبت به جهان و منطقه ضعیف‌تر است. تغییر الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های غیرواگیر و نیاز سیاست‌گذار برای قضاوت در خصوص توزیع شاخص‌ها بر حسب ویژگی‌های جغرافیایی، جنسیتی و اقتصادی-اجتماعی، مستلزم وجود داده‌هایی متناسب با این شرایط می‌باشد. حال دو سوال کلیدی مطرح می‌شود:

۱. آیا تغییرات الگوی بیماری‌ها به خوبی پایش می‌شود؟ به عنوان مثال، آیا داده‌های مورد نیاز برای تعیین پوشش بیماری‌های غیرواگیر به صورت منظم گردآوری می‌شود؟

۲. آیا شاخص‌های موجود، سودمندی لازم را برای قضاوت در خصوص توزیع آن‌ها (با دیدگاه عدالت) دارد؟

در خصوص سوال اول باید گفت که با وجود وضعیت مناسب شاخص‌های سلامت در ایران به نسبت منطقه (البته به صورت کلی)، باید توجه داشت که تمام شاخص‌های مورد نیاز برای پایش وضعیت سلامت کشور، به خصوص با توجه به تغییر الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های غیرواگیر، به صورت سیستمی گردآوری نشده است و به عبارت دیگر، نظام مشخصی برای گردآوری داده‌های مرتبط با این نوع بیماری‌ها به صورت روتین وجود ندارد. از طرف دیگر، بررسی شاخص‌های ارایه شده در بخش قبل، حاکی از آن است که برخی از شاخص‌های مذکور به صورت جامع در کشور گردآوری نمی‌شوند و یا نظام مشخصی برای گردآوری آن‌ها وجود ندارد. به عنوان مثال، شاخص ماموگرافی یا میزان جراحی چشم جزو شاخص‌هایی است که بررسی آن‌ها در گزارش سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد شده است، اما داده‌های آن به صورت مشخص در ایران گردآوری نمی‌گردد. این موضوع نشان می‌دهد که در کشور برای پایش بخشی از بیماری‌ها، نظام مشخصی نداریم. این وضعیت احتمالاً ناشی از عدم انطباق نظام شبکه‌ی بهداشت کشور با این نیازها بوده است. به عبارت دیگر، نظام شبکه‌ی بهداشت کشور، از زمان شکل‌گیری در خصوص پوشش و پایش بسیاری از بیماری‌ها

به ویژه بیماری‌های واگیر که در آن زمان الگوی مسلط بیماری‌ها در کشور بوده است خیلی خوب عمل کرده است؛ اما در طول زمان با تغییر الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های غیرواگیر، این نظام نتوانسته به صورت کامل با نیازهای مربوط به پوشش و پایش آن منطبق گردد. لذا ایجاد اصلاحات متناسب با این نیازها در شبکه بهداشت کشور می‌تواند فرصت‌های مناسبی را برای پوشش و پایش بهتر آن‌ها ایجاد کند.

در خصوص سوال دوم نیز باید به این نکته اشاره کرد که بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، عدالت در پوشش موثر خدمات باید در سه بعد دسترسی بر اساس مناطق جغرافیایی (استانی یا شهر و روستا)، بر اساس جنس، و بر اساس سطوح مختلف درآمدی مورد بررسی قرار گیرد. پوشش موثر خدمات در گروه‌های مختلف درآمدی جمعیت کشور، یکی از مهم‌ترین شاخص‌های عدالت در دسترسی به خدمات سلامت است. یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که در حال حاضر داده‌های مرتبط با پوشش خدمات بر اساس شاخص درآمد در کشور گردآوری نمی‌شود. با توجه به اهمیت موضوع، لازم است گردآوری منظم داده‌ها بر اساس این شاخص در دستور کار قرار گیرد.

تحلیل داده‌های موجود در سطح کشور، حاکی از شکاف بسیار زیاد بین بالاترین و پایین‌ترین استان‌ها در بسیاری از شاخص‌ها است، از جمله موارد زیر:

شکاف ۲۰ درصدی در حاملگی برنامه‌ریزی شده، شکاف ۳۳ درصدی از نظر پوشش مراقبت‌های دوران بارداری، شکاف قابل توجه در میزان مرگ و میر مادران و میزان ابتلا به سرخک، شکاف ۱۶ درصدی در دسترسی به آب آشامیدنی سالم، شکاف ۳۰ درصدی در دسترسی به توالیت بهداشتی، شکاف ۳۰ درصدی در دسترسی به فرد دوره دیده برای زایمان، شکاف ۱۱ درصدی در ابتلا به دیابت، شکاف ۳۰ درصدی در ابتلا به سرطان پستان، شکاف ۴۵ درصدی در میزان زایمان طبیعی، شکاف ۵۰ درصدی در تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر، و شکاف ۳۰ درصدی در افراد دارای کلسترول خون بالا.

در وضعیت توزیع کمبود ریزمغذی‌ها در سطح کشور نیز شکاف زیادی بین استان‌ها وجود دارد. مثلاً استان‌های کرمانشاه، کردستان، لرستان، همدان و خوزستان نسبت به سایر استان‌های کشور دارای کمبود بیشتری در ریزمغذی روی هستند و کمبود ویتامین A در استان گلستان به نسبت سایر استان‌ها بیشتر است. البته بایستی به هنگام تحلیل بالا بودن برخی از شاخص‌ها مانند ابتلا به سرطان پستان و مرگ و میر مادران در برخی از استان‌ها مانند استان تهران، احتیاط بیشتری صورت گیرد؛ زیرا این استان به عنوان محل ارجاع نهایی برای بسیاری از استان‌های کشور محسوب می‌گردد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که داده‌های مرتبط با برخی از شاخص‌ها در سطح استان‌ها به صورت دقیق موجود نیست؛ از جمله: درصد افراد (ایدز) اچ.آی.وی مثبت تحت پوشش مراکز مثلثی، درصد افراد دارای پرفشاری خون یا دیابت مراقبت شده در جمعیت شهری، درصد پاپ‌اسمیر، و درصد کودکان ۱۲ ساله دارای دندان پوسیده، کشیده شده یا پر شده.

بخش مهمی از داده‌های مورد نیاز برای بررسی پوشش موثر، به تفکیک شهر و روستا وجود ندارد که این مسأله بیشتر به دلیل نبود نظام گردآوری فعال داده‌ها در شهرها است. در حال حاضر، بخش مهمی از داده‌های بهداشتی تنها در سطح روستاها با دقت نسبتاً قابل قبول گردآوری می‌شوند؛ لذا لزوم تدوین نظام مشخص گردآوری اطلاعات در سطح شهرها احساس می‌گردد. جدول ۷، وضعیت وجود شاخص‌های مورد بررسی در این مطالعه در کل کشور و بر اساس سطح درآمد، استانی، شهر و روستا، و زن و مرد را نشان می‌دهد.

جدول ۷. وضعیت وجود شاخص‌های مورد بررسی در ایران و نقایص اطلاعاتی مرتبط با هر کدام از شاخص‌ها

شکل ۱	زن و مرد	شهر و روستا	استانی	کل کشور	نام شاخص اصلی
ندارد	-	ندارد	دارد	دارد	درصد حاملگی‌های برنامه‌ریزی شده
ندارد	-	ندارد	دارد	دارد	پوشش مراقبت دوران بارداری (حداقل ۶ بار)
ندارد	-	ندارد	دارد	دارد	میزان مرگ مادران (در صد هزار نفر تولد زنده)
ندارد	-	ندارد	دارد	دارد	درصد پوشش واکسن RMM (سرخک، سرخچه، اوریون)
ندارد	ندارد	ندارد	دارد	دارد	میزان بروز موارد تایید شده‌ی بیماری سرخک در میلیون
ندارد	-	-	دارد	دارد	درصد خانوارهای روستایی که به آب آشامیدنی دسترسی دارند
ندارد	-	-	دارد	دارد	در صد خانوارهای روستایی که از توالت بهداشتی برخوردارند
ندارد	دارد	ندارد	دارد	دارد	درصد افرادی غیر سیگاری
ندارد	-	ندارد	دارد	دارد	درصد زایمان انجام شده توسط فرد دوره دیده
ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	دارد	درصد افراد اچ.آی.وی (ایدز) مثبت تحت پوشش مراکز مثلثی
ندارد	دارد	دارد	دارد	دارد	میزان بیماریابی کلی سل درصد هزار نفر
ندارد	دارد	دارد	ندارد	دارد	درصد افراد مسلول اسمیر مثبت درمان شده
ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	دارد	درصد افراد دارای پرفشاری خون مراقبت شده
ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	دارد	تعداد بیماران مبتلا به دیابت مراقبت شده
ندارد	ندارد	ندارد	دارد	دارد	قند خون بالا
ندارد	-	ندارد	ندارد	ندارد	درصد ماموگرافی انجام شده (تعداد زنان ۵۳ سال و بالاتر)
ندارد	-	ندارد	دارد	دارد	سرطان پستان
ندارد	-	ندارد	ندارد	دارد	درصد پاپ اسمیر انجام شده
ندارد	-	ندارد	ندارد	دارد	سرطان گردن رحم
ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	دارد	درصد کودکان ۱۲ ساله دارای دندان پوسیده، کشیده شده یا پر شده
ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	درصد افراد نیازمند به جراحی برای درمان آب مروارید که جراحی شده‌اند.
ندارد	-	ندارد	دارد	دارد	درصد انجام زایمان با روش طبیعی
ندارد	ندارد	ندارد	دارد	دارد	بیماری‌های خفیف روانی
ندارد	ندارد	ندارد	دارد	دارد	بیماری‌های شدید روانی
ندارد	-	ندارد	دارد	دارد	درصد تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر
ندارد	ندارد	ندارد	دارد	دارد	کلسترول خون بالا
ندارد	ندارد	ندارد	دارد	دارد	وضعیت ریزمغذی‌ها
ندارد	دارد	ندارد	دارد	دارد	درصد افراد با اضافه وزن یا چاق

* اطلاعات وجود ندارد

- جمع‌بندی بحث‌های ارایه شده در این قسمت، حاکی از وجود چالش‌های زیر در بخش پوشش موثر خدمات سلامت است:
- ۱- داده‌هایی که در حال حاضر در نظام بهداشت و درمان کشور جمع‌آوری می‌گردد، عموماً نشان دهنده‌ی پوشش خام خدمات بوده و تنها میزان استفاده از خدمات را نشان می‌دهد.
 - ۲- با توجه به تغییر الگوی بیماری‌ها، نظام سلامت کشور عموماً انطباق مناسبی برای پوشش خدمات پیدا نکرده است.
 - ۳- دیده‌بانی میزان پوشش خدمات در حوزه‌ی بیماری‌های غیرواگیر به صورت نظام‌مند انجام نمی‌شود.
 - ۴- وضعیت توزیع بسیاری از شاخص‌ها بر اساس ویژگی‌های جغرافیایی، جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی گزارش نمی‌شود.
 - ۵- گزارش‌های مربوط به پوشش خدمات سلامت نشان می‌دهد که نظام سلامت کشور متناسب با نقش تولیتی آن که دیده‌بانی کامل وضعیت سلامت و عوامل موثر بر آن در همه‌ی حوزه‌ها می‌باشد، نیست.
 - ۶- نظام ثبت داده‌های مورد نیاز برای برخی از بیماری‌ها در سطح مراکز بهداشتی و درمانی قابل اعتماد نمی‌باشند.
 - ۷- داده‌های موجود، عموماً مربوط به سطح اول و دوم ارایه‌ی خدمات سلامت است و عموماً از مراکز بهداشتی درمانی نظام شبکه‌ی بهداشت کشور جمع‌آوری شده‌اند و در حوزه‌ی پوشش موثر خدمات در سطح سوم تا پنجم، داده‌های منسجمی وجود ندارد.

درس‌های گرفته‌شده از سایر کشورها

با وجود این که پوشش خدمات اساسی سلامت در بسیاری از کشورها در حد مطلوب می‌باشد، نتایج برخی مطالعات حاکی از این است که در خصوص سودمندی و اثربخشی این خدمات شواهد کافی وجود ندارد. به عنوان مثال، دسترسی به درمان‌های ضد رتروویروسی در کشورهای آفریقایی بالا است؛ ولی مطالعاتی که موثر بودن این خدمات را نشان دهد کمتر انجام شده است. در یکی از مطالعات، پوشش موثر برای درمان ضد رتروویروسی ۴۷۷۵ بیمار در یک مطالعه کوهورت گذشته‌نگر در مناطق شرقی کشور اوگاندا بین سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۹ محاسبه شده است. نتایج این مطالعه نشان داده است که علیرغم گزارش اطلاعات ملی در زمینه پوشش درمان ضد رتروویروسی، پوشش موثر این خدمت کم بوده است. پایین بودن دسترسی به خدمات، پایین بودن میزان بازگشت مجدد برای درمان و کیفیت پایین اطلاعات درج شده از جمله مشکلاتی بوده است که باعث پایین بودن پوشش موثر خدمت مذکور شده است. نتایج این بررسی به وزارت بهداشت این کشور کمک کرده است تا برای پر کردن شکاف موجود در درمان این بیماری برنامه‌ریزی نماید. (۱۲)

وزارت بهداشت کشور مکزیک، برای محک زدن عملکرد سیستم بهداشتی آن کشور، اولویت‌های سلامت را مشخص کرد. این اولویت‌ها شامل ترکیبی از مداخلات سلامت مادر و کودک (واکسیناسیون، مراقبت دوران بارداری و زایمان توسط فرد دوره دیده) و مداخلات برای بیماری‌های غیرواگیر (غربالگری سرطان و درمان فشارخون) بود. اگرچه مداخلات انتخاب شده همه‌ی نیازهای سلامت را پوشش نمی‌داد، در سطح قابل قبولی می‌توانست منعکس‌کننده‌ی نیازها و اولویت‌های سلامت کشور مکزیک باشد (۱۳).

وزارت بهداشت کشور مکزیک برای نشان دادن پیشرفت در بهبود خدمات بهداشتی، و ارزیابی تاثیر اصلاحات برنامه‌ی بهداشتی آن کشور، پوشش موثر را در سال ۲۰۰۲ بکار گرفت. نتایج آن اقدام، به وزارت بهداشت و درمان در شناسایی شکاف‌های موجود در دستیابی مردم به مداخلات موثر و مناطقی که از نظر مداخلات در سطح نامطلوبی بودند کمک کرد (۱۳). شکاف‌های موجود در دسترسی به خدمات و ارایه‌ی خدمات ناکافی حاکی از این است که علیرغم دسترسی مناسب، مردم نتوانسته‌اند به درمان موثر فشار خون برسند.

جهت‌گیری‌های آینده برای ایران

- توجه به پوشش موثر خدمات به جای میزان استفاده از خدمات در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های نظام سلامت
- تدوین نظام جامع پایش میزان دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت: دیده‌بانی پوشش همگانی خدمات سلامت
- یکپارچه‌سازی نظام گردآوری اطلاعات در سطح وزارت بهداشت به عنوان تولیت سلامت
- شناسایی و تعریف شاخص‌های ارزیابی دستیابی به پوشش موثر خدمات در سطوح پنج‌گانه‌ی آرایه خدمات سلامت
- توجه به شاخص‌های عدالت در پوشش موثر خدمات سلامت
- فرهنگ‌سازی و آموزش در خصوص تدوین شاخص‌ها و ارزیابی عملکرد نظام سلامت بر اساس مفهوم پوشش موثر در سطح ستاد دانشگاه‌های علوم پزشکی

ملاحظات عملیاتی برای پیشبرد پوشش موثر خدمات سلامت در ایران

- تربیت نیروی انسانی متخصص توانمند شده در حوزه‌ی سنجش پوشش موثر خدمات سلامت
- ایجاد فضای مناسب جهت نقد یافته‌های حاصل از سنجش پوشش موثر خدمات سلامت
- ایجاد درگاه واحد برای انتشار اطلاعات و دستیابی به داده‌های مورد نیاز برای سنجش پوشش موثر خدمات سلامت
- اختصاص منابع مالی لازم جهت پشتیبانی از راه‌اندازی نظام گردآوری اطلاعات
- بهره‌گیری از رسانه‌ی ملی جهت فرهنگ‌سازی در حوزه‌ی پوشش موثر خدمات سلامت
- ایجاد سازوکار تشویقی برای دانشگاه‌ها و سازمان‌های موفق در مدیریت اطلاعات حوزه‌ی پوشش موثر خدمات سلامت
- ایجاد زیرساخت یکپارچه‌ی گردآوری اطلاعات در سطح وزارت بهداشت
- حمایت از پروژه‌های بازنگری و تدوین شاخص‌های ارزیابی سلامت کشور
- بازنگری پانل گردآوری اطلاعات سلامت در سطح کشور با رویکرد پوشش موثر خدمات
- تدوین نظام گزارش‌دهی بر اساس مفاهیم ترجمان دانش
- تدوین الزامات قانونی در خصوص گردآوری و انتشار اطلاعات در سطوح مختلف نظام سلامت
- بررسی تجربیات سایر کشورها در خصوص گردآوری شاخص‌های پایش خدمات سلامت

1. Ng M, Fullman N, Dieleman JL, Flaxman AD, Murray CJ, Lim SS. Effective coverage: a metric for monitoring universal health coverage. *PLoS Medicine* 2014; 11 (9): e1001730.
2. World Health Organization. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: framework, measures and targets; 2014.
3. Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh MM, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003. *Population Health Metrics* 2009; 7(1):9.
4. Constitution of the Islamic Republic of Iran; 24 October 1979. [Cited 6 April 2015]. Available from: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b56710.html>.
5. Vision of Islamic Republic of Iran in 2025. [Cited 17 Jan. 2012]. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/132295>.
6. Ministry of Health and Medical Education. Health Reform Map. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2012.
7. The Leaders Office. Health Main Policies, Tehran. The Office of Supreme Leader; 2014. [Cited 4 March 2015]. Available from: <http://www.leader.ir/langs/fa/index.php?p=contentShow&id=11651>.
8. World Health Organization. Millennium development goals; 2008.
9. World Health Organization. Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low-and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2013.
10. Ministry of Health and Medical Education (MoHME). Management of Health National Center for Statistics and Information Technology. National indicators of health 2009 [Cited 12 Jan. 2014]. Available from: <http://it.behdasht.gov.ir/page/%D8%B4%D8%A7%D8%AE%D8%B5%D9%87%D8%A7%DB%8C+%D9%85%D9%84%DB%8C+%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA+>
11. Nutrition Office of Ministry of Health and Medical Education, National Integrated Micronutrients Survey-2012 (NIMS2), Terhan, Ministry of Health and Medical Education; 2013.
12. Scheibe FJ, Waiswa P, Kadobera D, Müller O, Ekström AM, Sarker M, et al. Effective Coverage for Antiretroviral Therapy in a Ugandan District with a Decentralized Model of Care. *PloS one* 2013;8(7):e69433.
13. Lozano R, Soliz P, Gakidou E, Abbott-Klafter J, Feehan DM, Vidal C, et al. Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage. *The Lancet* 2006; 368 (9548): 1729-41.

فصل ۳

گسترده‌ی خدمات

چکیده

پوشش همگانی¹ سلامت، با هدف ارتقای نظام‌های سلامت و بهبود سطح و میزان توزیع مراقبت‌های بهداشتی، در کانون توجه تلاش‌های دولت‌ها قرار دارد. در هر نقطه از مسیر حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت، باید اطمینان حاصل شود که ترکیب مناسبی از خدمات فراهم می‌شود. لذا کشورها باید به دقت به اولویت‌بندی و انتخاب خدمات بر اساس معیارهای شفاف اقدام نمایند.

یکی از ابعاد پوشش همگانی سلامت، اولویت دادن به خدماتی است که افراد بیشتری را بهره‌مند کند و موجب کاهش میزان پرداخت‌های مستقیم از جیب در افراد جامعه شود. لازم است کشورها و نظام‌های سلامت بتوانند به سوالات اساسی همچون: "چه خدماتی را می‌بایست در ابتدا توسعه داد؛ چه کسانی را می‌بایست در اولویت قرار داد و چگونه می‌توان از پرداخت‌های مستقیم از جیب به سمت پیش پرداخت‌های اجباری تغییر جهت داد؟" پاسخ دهند. این فصل، به دنبال شناسایی و دسته‌بندی مهم‌ترین معیارهای مورد استفاده در انتخاب گستره‌ی خدمات در جهت حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت می‌باشد. بدین منظور، بر اساس شناخته شده‌ترین معیارهای موجود، وضعیت بسته‌های خدمت موجود در ایران (پایه و درمانی)، تحلیل شده و مباحث پیرامون آن ارائه می‌گردد. سپس با توجه به الگوهای موجود در کشورهای مختلف، چالش‌های موجود و آتی مورد بحث قرار گرفته و ملاحظات عملیاتی جهت پیشبرد حیطه‌ی مورد نظر ارائه می‌گردد.

مقدمه

سلامت و دسترسی به خدمات سلامت حق مسلم هر انسانی محسوب می‌گردد و حفظ و ارتقای سلامت به منظور رفاه و توسعه اقتصادی و اجتماعی انسان ضروری است. از این رو دولت‌ها برای تمامی افراد جامعه باید حداقلی از مراقبت‌های بهداشتی را فراهم کنند. پوشش همگانی سلامت، با هدف ارتقای نظام‌های سلامت و بهبود سطح و میزان توزیع مراقبت‌های بهداشتی، در کانون توجه تلاش‌های دولت‌ها قرار دارد. در هر نقطه از مسیر حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت، باید اطمینان حاصل شود که ترکیب مناسبی از خدمات فراهم می‌شود. لذا کشورها باید به دقت به اولویت‌بندی و انتخاب خدمات بر اساس معیارهای شفاف اقدام نمایند.

قطعه‌نامه مجمع بهداشت جهانی سال ۲۰۰۵ اظهار می‌دارد همه افراد فارغ از مد نظر قرار دادن مشکلات مالی باید قادر به دسترسی به خدمات بهداشتی باشند اما دسترسی به موقع به خدمات سلامت که ترکیبی از پیشگیری، ارتقاء، درمان و توانبخشی باشد نیز امری حیاتی است. از این رو توجه و تمرکز روی سوالات کلیدی نظیر اینکه چه خدماتی ارائه شود؟ به چه کسانی ارائه شود؟ در موارد لازم برای سهمیه بندی، این کار چگونه صورت گیرد؟ بهترین استراتژی یا ترکیبی از استراتژی‌ها جهت ارائه خدمات کدام است؟ و سوالاتی از این قبیل در رویکرد ارایه خدمات بسیار اساسی است.

گستره خدمات سلامت

نوع خدمات تحت پوشش، از مهم‌ترین عوامل بنیادی است که با سلامت جمعیت و حفاظت در برابر خطرات مالی رابطه‌ی مستقیم دارد. خدمات انتخابی باید دامنه‌ی وسیعی از انواع خدمات را در چهار حیطه‌ی پیشگیری^۱، ارتقای^۲، بازتوانی^۳ و تسکینی^۴ شامل گردد. (۱).

خدمات پیشگیرانه و ارتقایی باید شامل خدمات فردی، و بر اساس مداخلات مبتنی بر جمعیت باشد. در وضعیتی که انواع خدمات، توسط بودجه‌های مختلف تامین مالی می‌شوند، سازوکارها باید به نحوی طراحی شوند که از تخصیص بهینه‌ی منابع در بین بودجه‌های تخصیصی اطمینان حاصل شود. صرفنظر از انواع خدمات، پوشش همگانی سلامت نیازمند در نظر گرفتن دلایل اصلی مرگ و میر می‌باشد. پوشش همگانی سلامت، نیازمند خدماتی برای پاسخ دادن به درمان موثر بیماری‌های غیرواگیر شامل بیماری‌های روانی و جراحات نیز می‌باشد.

دستیابی به پوشش همگانی سلامت، مستلزم این است که مردم بدون این که از اثرات مالی خدمات سلامت بیم داشته باشند، به آن دسته از خدمات که نیاز دارند دسترسی پیدا کنند. بنابراین، لازم است به دو سوال اساسی زیر پاسخ دهیم:

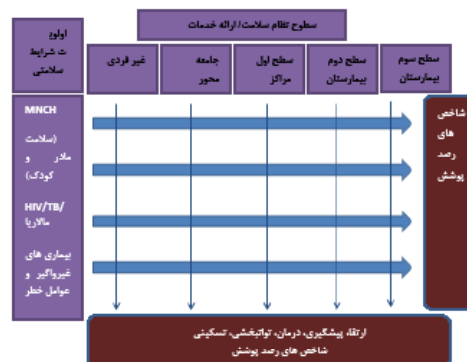
۱) آیا مردم خدماتی را که نیاز دارند کسب می‌کنند؟

۲) آیا مردم از حفاظت مناسب در برابر خطرات مالی ناشی از دسترسی به این خدمات برخوردار هستند؟

در پاسخ به این سوالات باید گفت که توافقی بر سر طیفی از معیارهایی که در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد وجود ندارد. برخی از کشورها از معیارهای ضمنی و تلویحی در کنار برخی شاخص‌های واضح استفاده می‌کنند؛ به عنوان مثال، برخی از کشورها به صورت واضح بر روی مجموعه‌ای از خدمات تمرکز می‌کنند که کل جمعیت و یا بخشی از جمعیت که کمترین میزان پوشش را دارند مورد هدف قرار می‌دهد. در هر حالت، انتخاب گستره‌ی خدمات نباید صرفاً در ارتباط با توسعه‌ی این خدمات در مواقعی که کشورها به منابع جدید دسترسی پیدا می‌کنند باشد.

بر اساس راهنمای سازمان جهانی بهداشت، اصول اندازه‌گیری گستره‌ی خدمات سلامت مورد نیاز در سطح کشورها مطابق با شکل ۱ می‌باشد.

شکل ۱. چارچوبی برای اندازه‌گیری و پایش ابعاد گستره‌ی خدمات سلامت در پوشش همگانی سلامت



- 1 Prevention
- 2 Promotion
- 3 Rehabilitation
- 4 Palliative

هدف از این چارچوب، پایش میزان پوشش گسترده‌ی خدمات و مداخلاتی است که علل اصلی وضعیت سلامتی بیمار^۱، از ارتقا تا مراقبت‌های تسکینی را برطرف می‌کنند. مداخلات همچنین باید ترکیبی از خدمات سلامت را در سطوح متفاوت مراقبت پوشش دهند (۱).

معیارهای انتخاب گسترده‌ی خدمات سلامت

خدمات و مداخلات سلامت، گسترده‌ی بسیار زیادی دارند و مجموعه‌ی زیادی از شاخص‌ها و معیارها را می‌توان به منظور اولویت‌بندی و انتخاب خدمات و رصد میزان پوشش خدمات سلامت در کشورها انتخاب کرد. با این وصف، طبق توصیه‌ی سازمان جهانی بهداشت، هر کشوری باید با توجه به ظرفیت پایش پیشرفت پوشش همگانی سلامت و نظام داده‌ای خود، مجموعه‌ای از معیارها را مطابق با چارچوب عنوان شده برگزیند.

به منظور درک و دستیابی به پوشش همگانی سلامت، انتخاب دقیق خدمات نقش اساسی دارد. در حال حاضر، در سطح بین‌المللی، دامنه‌ای از معیارهای مختلف برای انتخاب اولویت خدمات و ترکیب بهینه‌ی آن از خدمات وجود دارد. بیشتر معیارهای مورد استفاده و مرسوم در کشورهای مختلف، اساساً از دو هدف کلی نظام‌های سلامت شامل بهبود و ارتقای سلامت جمعیت و دسترسی به خدمات اثربخش و توزیع عادلانه‌ی سلامت و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در جمعیت تحت پوشش خود استفاده می‌کنند. طبق توصیه‌ی سازمان جهانی بهداشت، فرایند اولویت‌بندی، انتخاب و گسترش خدمات باید به صورت نظام‌مند و مبتنی بر معیارهای شفاف و مشخصی از جمله موارد زیر باشد (۱):

▮▮▮ معیار هزینه اثربخشی

▮▮▮ معیار اولویت دادن به اجتناب از وخامت بیماری (نیاز، شدت و فوریت)

▮▮▮ معیار حفاظت در برابر خطرات مالی

تمامی معیارها باید بر اساس شرایط و مقتضیات حاکم بر هر کشوری تعدیل گردد. برای دستیابی به این امر، لزوم مسؤلیت‌پذیری اجتماعی و مشارکت جمعی، امری اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. با این حال، توافق جمعی در خصوص یکی از معیارهای اصلی وجود دارد و آن معیار هزینه اثربخشی می‌باشد.

اولویت‌بندی خدمات به وسیله شواهد هزینه اثربخش، یک روش مرسوم و شناخته شده در دنیا برای تدارک و فراهم آوردن بیشترین مزایای سلامتی ممکن، برحسب یک مقدار مشخصی از بودجه می‌باشد. بر این اساس، بیشتر کشورها و موسسات بین‌المللی پیشنهاد می‌کنند که خدمات سلامت باید بر اساس شواهد هزینه اثربخش اولویت‌بندی شوند.

تمرکز صرف بر معیار هزینه اثربخشی به طور کلی امری غیر قابل دفاع است. معیار تحلیل هزینه اثربخشی، فقط با تعداد سال‌های زندگی سالم مرتبط است. بنابراین، این معیار، هر سال زندگی سالم اضافی را دارای اهمیت یکسان فرض می‌کند و مهم نیست که این منفعت اضافی برای شخصی با وضعیت سلامتی بسیار بد یا برای فردی تنها با تغییر اندک در وضع سلامتی اش اتفاق بیفتد. بنابراین، انصاف و عدالت^۲ بیان می‌دارد که ایجاد بهبودی در میزان سلامتی به یک اندازه‌ی ثابت، به کسی که (بدون آن) سلامتی کمتری خواهد داشت، نسبت به فراهم کردن آن میزان بهبودی در سلامتی، برای فردی که سلامتی بیشتری خواهد داشت اولویت بیشتری دارد. به

1 III health

2 Fairness

عبارت دیگر، عدالت و انصاف به خدماتی اولویت قایل است که برای شرایط وخیم‌تر، منافع بیشتری در برداشته باشد. اولویت قایل شدن برای شرایط وخیم‌تر - به عنوان معیاری در میان معیارهای دیگر - ریشه‌ی محکمی در نظریه‌ی توزیع عادلانه دارد. این معیار که در مفاهیم سیاست‌گذاری از آن به مواردی چون "نیاز"، "شدت و وخامت بیماری" یا "فوریت" استناد می‌شود، محور اولویت‌گذاری در بیشتر کشورها بوده و کشورهایی همچون هلند، نروژ و سوئد از این معیارها برای اولویت‌بندی خدمات استفاده می‌نمایند. بعلاوه، نظام‌های سلامت قادرند اولویت خاصی را به خدمات و مداخلاتی که افراد فقیر را متاثر می‌سازند قایل شوند. حفاظت در برابر خطرات مالی، یک منطق کلیدی جهت تعقیب پوشش همگانی سلامت است. مقادیر بالای پرداخت از جیب برای خدمات سلامت می‌تواند موجب فشار مالی روی بیمار و خانواده‌ی وی گردد. بنابراین، کاهش کلی در پرداخت از جیب، به منظور پیشرفت به سمت پوشش همگانی بسیار حیاتی است. حفاظت از خطرات مالی نیز می‌تواند معیار مناسبی برای انتخاب خدمات باشد (۱). در بخش بعد، به بررسی مداخلات و خدمات موجود در بسته‌های خدمات پایه و درمانی موجود در ایران می‌پردازیم و محتوای بسته‌ها را با توجه به معیارهای فوق‌الذکر مورد ارزیابی قرار می‌دهیم.

وضعیت بسته‌ی خدمات و رویدادهای مهم در ایران در خصوص گستره‌ی خدمات سلامت

الف) اولویت‌دهی و انتخاب خدماتی که بیشترین هزینه‌ی اثربخشی را دارند

خدمات و مداخلات در حوزه‌ی بهداشت عمومی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه (حیطه‌های ارتقایی و پیشگیرانه)، از هزینه اثربخشی بسیار بالایی برخوردار است. مطابق برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، بعضی از مداخلات مانند غنی‌سازی غذای کودکان با ویتامین A و روی (نزدیک ۶۰ سال زندگی سالم حفظ شده به ازای هر ۱۰۰۰ دلار)، آزمایش و درمان سل، هزینه اثربخشی بالایی دارند. لذا وجود هزینه اثربخش ترین مداخلات، بخصوص در بسته‌های خدمات پایه، امری بسیار ضروری و شناخته شده است. همچنین بر طبق نتایج منتشر شده توسط پروژه‌ی WHO-CHOICE که به صورت دوره‌ای مطالعات هزینه اثربخشی مداخلات مختلف را انجام داده و نتایج آن را به تفکیک مناطق ۶ گانه سازمان بهداشت جهانی ارائه می‌کند، مداخلات مربوط به سل، سلامت مادران و نوزادان، بیماری‌های دوران کودکی، مصرف دخانیات، افسردگی و اختلالات روانی جزء هزینه اثربخش ترین مداخلات در منطقه‌ی مدیترانه شرقی هستند.

همان‌طور که اشاره گردید، لازم است رویکرد اصلی ارایه‌ی خدمات در سطح اول و مراقبت‌های بهداشتی اولیه، روی ارایه‌ی خدمات و مداخلاتی باشد که هزینه اثربخشی بیشتری داشته باشند. در ایران، با این که مطالعات هزینه اثربخشی جهت تدوین بسته‌ی خدمات پایه موجود انجام نگرفته است، عمدتاً خدمات ارایه شده در قالب بسته‌ی خدمات سطح اول، هزینه اثربخشی بالایی دارند. به دو صورت می‌توان وضعیت بسته‌ی خدمات پایه ایران را در این خصوص بررسی کرد:

۱- در زمینه‌ی خدمات موجود در بسته‌ی پایه که دارای هزینه اثربخشی بالایی هستند، می‌توان به آزمایش و درمان سل، پیشگیری و درمان مالاریا، و مداخلات مربوط به سلامت مادران و نوزادان اشاره کرد. میزان شیوع سل در کشور از ۳۹ در سال ۲۰۰۰ به ۳۲ در سال ۲۰۱۲ (در ۱۰۰ هزار نفر) و بیشتر از ۸۰٪ میزان موفقیت در درمان سل^۱ رسیده است. میزان بروز مالاریا از ۲/۹ در سال ۲۰۱۰ به ۱/۲ در سال ۲۰۱۲ (در ۱۰۰ هزار نفر) کاهش پیدا کرده است. در خصوص پیشگیری و درمان بیماری‌های کودکان، درصد پوشش واکسیناسیون برای بیماری‌های عمده دوران کودکی (شامل سرخک، سه‌گانه (سیاه سرفه، دیفتی، کزاز) و هپاتیت B) به ترتیب ۹۸،

۹۹ و ۹۸ درصد در سال ۲۰۱۲ بود. تعداد مرگ ناشی از بیماری‌های عمده دوران کودکی شامل اسهال، پنومونی و نارس، از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰، به ترتیب از ۸ به ۴ مورد (در ۱۰۰ هزار نفر) اسهال و ۱۶ به ۱۳ در مورد پنومونی کاهش یافته است؛ اما در مورد نارس از ۲۴ به ۲۸ افزایش پیدا کرده است. تعداد مرگ‌های مربوط به مالاریا و سرخک در کودکان نیز صفر است. این مراقبت‌ها و درمان‌های اولیه، در قالب بسته‌ی خدمات پایه در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه و عمدتاً به صورت رایگان تحت پوشش قرار می‌گیرند. اغلب این مداخلات، مربوط به بیماری‌های واگیر است که در دهه‌های اخیر پیشرفت چشمگیری در این زمینه صورت گرفته است. در خصوص این مداخلات، باید هدف، حفظ و ارتقای دستاوردهای موجود باشد.

۲- در مورد اراییه‌ی خدمات و مداخلاتی از قبیل پیشگیری از شیوع مصرف دخانیات، خدمات پیشگیری یا درمانی مربوط به اختلالات روانی و افسردگی، پیشگیری اولیه و درمان پزشکی حملات و سکت‌های قلبی و مغزی نیز که جزو هزینه اثربخش‌ترین مداخلات می‌باشند، شرایط به شکل دیگری است؛ این گونه مداخلات، اغلب مربوط به بیماری‌های غیرواگیر و شرایط مزمن می‌باشند که در حال حاضر بیشترین بار بیماری را به کشور تحمیل کرده‌اند و درصد بالایی از علل مرگ و میر بالغین را به خود اختصاص می‌دهند. آمارها حاکی از آن است که شیوع مصرف دخانیات بین سنین ۱۵-۱۳ سالگی، بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰، ۳۳ درصد در پسران و ۲۰ درصد در دختران بوده است؛ و در بالغین در سال ۲۰۱۱، ۲۶ درصد در میان مردان و یک درصد در میان زنان بوده است. بیماری‌های قلبی و عروقی، بیشترین عامل مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهند (۴۶٪) و شیوع افسردگی عمده در ایران به میزان ۴/۱ درصد و بیشتر از بسیاری از دیگر کشورهاست.

در مورد شرایط فوق، با وجود جنبه‌های خدمات پیشگیرانه و ارتقایی در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه (در حال حاضر، در قالب بسته‌ی خدمات پایه‌ی اراییه شده توسط برنامه‌ی پزشک خانواده در شهرهای زیر بیست هزار نفر یا خدمات اراییه شده در مراکز بهداشتی درمانی شهری)، به نظر می‌رسد میزان استفاده از خدمات این مراکز توسط مردم بسیار پایین بوده و اغلب مردم در جستجوی حیطه‌های درمانی و توانبخشی این موارد هستند. اعتقاد و اعتماد عمومی نسبت به جستجوی خدمات مربوط به این موارد در سطح پیشگیری و درمان‌های اولیه از نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بسیار ضعیف بوده و اغلب مردم به دنبال دریافت این خدمات در قالب بسته‌های خدمات پزشکی و درمانی در سطوح تخصصی می‌باشند. با وجود تمام این شرایط، تحت پوشش قرار گرفتن خدمات و مداخلات مربوط به شرایط مزمن و غیرواگیر در قالب مداخلات غربالگری، ارتقایی و پیشگیری، در بسته‌ی خدمات پایه و جلب اعتماد عمومی جهت افزایش هزینه اثربخشی مداخلات امری اجتناب‌ناپذیر می‌باشد.

بنابراین، با توجه به رشد روز افزون هزینه‌های مربوط به فن‌آوری‌ها، لوازم، داروها و مداخلات متنوع، استفاده از ظرفیت‌های علمی و محلی جهت انجام مطالعات هزینه اثربخشی بر اساس داده‌ها و شواهد منطقی و معتبر، جهت اولویت‌بندی و اراییه‌ی خدمات جدید در تمامی حیطه‌های ارتقایی، پیشگیری، درمانی و بازتوانی خصوصاً در سطح اول و در قالب بسته‌ی خدمات پایه بسیار ضروری است.

ب) اولویت‌دهی به مداخلاتی که از وخامت و شدت بیماری جلوگیری می‌کنند^۱

برای کمک به انتخاب خدمات در رابطه با این معیار، یک امکان، مشخص کردن میزان وخامت و شدت بیماری در خصوص شرایطی است که بیشترین بار بیماری انفرادی^۲ در طول دوره زندگی را دارند.

1 Benefiting the worse off
2 Individual burden of disease

در خصوص پوشش خدمات دارای بیشترین بار بیماری در جهان و ایران (تعدیلات باید مطابق با داده‌های مرگ و میر در سطح ملی صورت گیرد؛ با این حال این موارد اغلب قابل تعمیم هستند)، بسته‌های خدمات پایه و درمانی باید برای خدمات موجود بازنگری شوند و در خصوص خدمات جدید با استفاده از داده‌ها و شواهد ملی بر اساس این معیار اولویت‌گذاری و انتخاب صورت گیرد.

همان‌طور که قبلاً اشاره گردید، بیماری‌هایی نظیر سل و مالاریا دارای پوشش مطلوبی در کشور می‌باشند اما باید همچنان نسبت به کاهش آمار بروز و شیوع موارد، مداخلات مداوم صورت گیرد. شرایط نارسای نوزادان با توجه به مهم‌ترین علل مرگ نوزادان در ایران، نیازمند ارایه‌ی خدمات وسیع‌تر در سطح بسته‌های پایه در دوران بارداری و پوشش خدمات تخصصی‌تر در بسته‌های درمانی و پزشکی است. در این حیطة، توجه به گستره‌ی خدمات از ارتقای تا بازتوانی حائز اهمیت فراوان است.

شرایط مزمن و غیر واگیر نظیر سرطان‌ها (نظیر سرطان خون)، آسم و دیابت، و بیماری‌های قلبی عروقی نیز بار بیماری قابل‌توجهی در ایران دارند (۷۶٪ مرگ‌ها در ایران در سال ۲۰۱۲ به واسطه‌ی بیماری‌های غیرواگیر رخ داده است). در اغلب این موارد، به نظر می‌رسد توجه به ظرفیت‌های غربالگری، ارتقا و پیشگیری، نیازمند ارتقا باشد. برای این شرایط، چرخش منابع از درمان‌های تخصصی و فوق تخصصی که هزینه‌های اثربخشی بسیار پایینی نیز دارند، به سمت ارایه‌ی خدمات در بسته‌های پایه و اتخاذ رویکرد پیشگیری محور حائز اهمیت فراوان است.

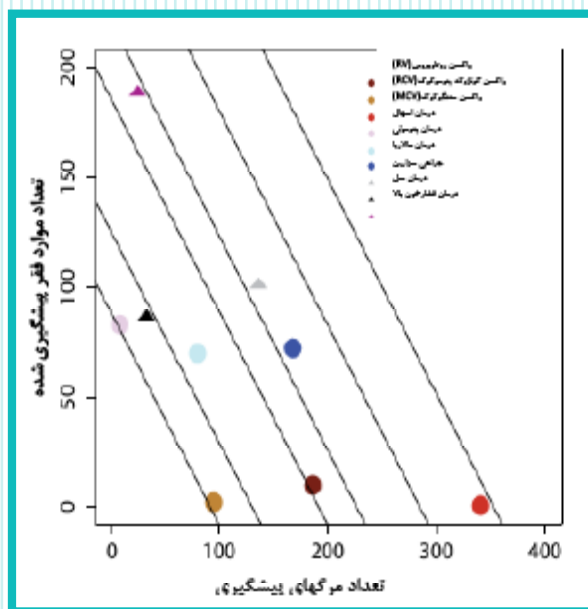
در خصوص مرگ و میرها و بار بیماری ناشی از حوادث جاده‌ای، در صورتی که نظام ارایه‌ی خدمات سلامت بخواهد از بار سنگین تحمیلی این حوادث و هزینه‌های گزاف حیطة‌های درمانی و بازتوانی آن‌ها در کشور بکاهد شاید تنها چشم به خدمات ارتقای و پیشگیری در قالب همکاری‌های برون بخشی داشته باشد.

ج) اولویت‌دهی به خدماتی که پوشش آن‌ها محافظت در برابر خطرات مالی را فراهم می‌کند

عوامل متعددی، مقادیر حفاظت مستقیم از خطر مالی در رابطه با پوشش یک خدمت خاص را افزایش می‌دهند. این عوامل شامل بالا بودن مقادیر پرداخت از جیب در مورد بیماری خاص، بیماری‌های گران و پرهزینه، قابلیت پیش بینی اندک نیاز، فوریت و شدت بیماری و میزان بالای بروز بیماری در میان افراد فقیر می‌باشند.

شکل ۲، نشانگر نتایج تحلیل نه نوع خدمت است. این نمودار، مقدار مزایای به دست آمده را به ازای هر ۱۰۰ هزار دلار خرج شده نشان می‌دهد. یافته‌ها نشانگر این است که چگونه هدف پیشگیری از مرگ‌ها و پیشگیری از فقر می‌توانند ناسازگار باشند. برای مثال، واکسن مننژیت^۱ به ازای هر ۱۰۰ هزار دلار هزینه، از ۳۰۰ مرگ جلوگیری می‌کند اما از موارد منجر به فقر کمتری پیشگیری می‌کند. در مقابل، درمان فشار خون بالا، از مرگ‌های کمتر اما موارد فقر بیشتری جلوگیری می‌کند.

شکل ۲. مزایای سلامتی و محافظت مالی به ازای هر ۱۰۰ هزار دلار مخارج (Ottersen & Norheim ۲۰۱۴)



موقع انتخاب و گنجاندن خدمات در بسته‌های پایه و بخصوص درمانی، باید بین حفاظت از خطرات مالی با سایر معیارها، از جمله بار بیماری انفرادی، موازنه‌ای برقرار گردد. به هر حال، هدف پوشش همگانی سلامت، دسترسی به خدماتی است که فرد را در معرض مخاطره مالی قرار ندهد و این امر بدون ارایه‌ی راهبردهایی با هدف طراحی بسته‌های خدمات خاص به منظور پوشش خدمات دارای هزینه‌های بالا، خدمات مربوط به شرایط مزمن نظیر دیابت، بیماری‌های قلبی و عروقی، و سرطان‌ها که بتدریج توان مالی بیمار را فرسایش می‌دهند و داروها و آزمایشات پر هزینه محقق نمی‌شود.

به نظر می‌رسد در مورد این معیار، نیاز به تعدیلات بسیار زیادی درون بسته‌های درمانی سطوح تخصصی وجود دارد. میزان پرداخت از جیب برای خدمات درمانی بستری، تا قبل از اجرای طرح تحول، بیشتر از ۵۰ درصد برای بسیاری از مداخلات بود. این میزان، در پی اجرای طرح تحول، بطور چشمگیری کاهش یافت اما این نکته را نباید از نظر دور داشت که کاهش میزان پرداخت از جیب، در حال حاضر تنها برای مقادیر پرداخت از جیب مرتبط با خدمات بستری و در سطح مراکز دولتی اتفاق افتاده است. راهبردهای کاهش میزان پرداخت از جیب برای خدمات و آزمایشات پرهزینه‌ی سرپایی، تشخیصی، داروها، خدمات توانبخشی در سطح غیر دولتی همچنان باید از اولویتهای اهداف نظام سلامت در ایران باشد.

شاید بتوان گفت نقطه‌ی عطف فعالیت‌های نظام ارایه‌ی خدمات سلامت ایران در خصوص گسترده‌ی خدمات سلامت و تدوین بسته‌ی خدمات پایه، توسعه‌ی بسته‌ی خدمات پایه به شکل جامع در قالب خدمات ارایه شده در سطح یک نظام ارایه‌ی خدمات است که در ذیل بطور مختصر مورد بررسی قرار می‌گیرد.

بسته‌های خدمات سلامت در ایران

بسته‌ی خدمات پایه و سطح یک

پس از ایجاد و پایه‌ریزی نظام شبکه‌ای در ایران، خدمات بهداشتی اولیه از طریق نظام شبکه‌ای در اختیار مردم قرار می‌گرفت. این خدمات شامل آموزش بهداشت، خدمات پیشگیری و درمان‌های اولیه بود. بتدریج و با تشخیص نیاز به آرایه‌ی خدمات بیشتر، خدماتی به اجزای اصلی مراقبت‌های بهداشتی اولیه اضافه شد.

با آغاز فعالیت طرح پزشک خانواده، از سال ۱۳۸۴ در روستاها و شهرهای زیر بیست هزار نفر براساس قانون برنامه‌ی چهارم توسعه، بسته‌ی خدمات پایه در این مناطق بصورت رایگان توسط تیم پزشک خانواده آرایه می‌گردد (۳).

در تهیه‌ی بسته‌ی خدمات، با محوریت قرار دادن تیم سلامت و در راس آن‌ها پزشک خانواده به عنوان مسئول تیم، بازنگری در برنامه‌های سلامت و پرداختن به رویکرد جدید به نحوه‌ی آرایه‌ی خدمات برای اولین بار آغاز شد. بر اساس بند ب ماده (۹۱) قانون برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، باید تا پایان برنامه‌ی چهارم توسعه، تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه‌ی سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع فراهم شود که از جمله شاخص‌ها و اهداف کمی در این زمینه می‌توان از تدوین ۱۰۰٪ بسته‌ی خدمات پایه و مکمل بیمه‌ها براساس ارزیابی هزینه اثربخشی مداخلات نام برد.

خدمات و مراقبت‌های سطح یک (تیم سلامت)

بسته‌ی خدمات پایه آرایه شده توسط تیم سلامت شامل موارد زیر است:

الف- مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش

ب- آموزش و ارتقای سلامت

|||| آموزش سلامت

|||| ترویج شیوه‌ی زندگی سالم

ج- مراقبت از جامعه‌ی تحت پوشش با اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده

|||| مراقبت از کودکان

|||| مراقبت‌های ادغام یافته‌ی سلامت نوجوانان و جوانان (گروه سنی ۶ تا ۲۵ سال)

|||| مراقبت‌های ادغام یافته‌ی سلامت میانسالان (گروه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال)

|||| مراقبت‌های ادغام یافته‌ی سلامت سالمندان (گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر)

|||| مراقبت‌های ادغام یافته‌ی سلامت مادران باردار

|||| تنظیم خانواده و جمعیت

|||| مراقبت و درمان بیماری‌های خاص (لزوم پیشگیری از این بیماری‌ها و ابتلا به آن‌ها ارتباطی با سن افراد ندارد) با اولویت شیوع

بیماری در منطقه

د - سلامت محیط و کار

سلامت محیط جامعه

|||| آب آشامیدنی سالم

|||| آلودگی هوا

|||| ابتکارات جامعه محور

|||| اقدامات اضطراری در بلایای طبیعی

|||| بهداشت پرتوها

|||| جمع آوری و دفع فاضلاب

|||| کنترل ناقلین بیماری‌ها

|||| پسماندها

|||| مواد شیمیایی و سموم

|||| سلامت محیط کار

|||| بهداشت حرفه ای

|||| ارزیابی مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی به کارگران

|||| ایجاد ایستگاه‌های به‌رگر

|||| پیشگیری و مراقبت از بیماری‌های شغلی

|||| پیشگیری و مقابله با عوامل فیزیکی و شیمیایی محیط کار

|||| سلامت محیط خانوار

|||| ابتکارات جامعه محور

|||| ایمنی غذا (بهداشت مواد غذایی، سیستم پخت و پز مناسب)

|||| سوانح و حوادث

|||| محیط فیزیکی مسکن

|||| سلامت محیط‌های جمعی

|||| سلامت محیط‌های زندگی جمعی (پادگان، پرورشگاه، خوابگاه، زندان، سرای سالمندان)

|||| سلامت محیط‌های بهداشتی درمانی

|||| سلامت محیط‌های آرایشی و بهداشتی

|||| سلامت محیط‌های تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی

|||| سلامت محیط‌های آموزشی

|||| سلامت محیط‌های فرهنگی و تفریحی

ه- درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها

و- ارجاع مناسب و به موقع، پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر، دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام

اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند

مطابق با اسناد و مستندات، رویکرد تدوین بسته‌ی خدمات تیم سلامت شامل آموزش، پیشگیری اولیه، مراقبت، غربالگری، درمان

سرپایی عمومی، ارجاع و دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند می‌باشد (۴).

حفظ جامعیت و یکپارچگی ارایه‌ی خدمات و دسترسی به بسته‌ی خدمت از الزامات بسته‌ی خدمت در این سطح بوده و باید:

||||| گیرنده‌ی خدمت به کلیه‌ی خدمات (به جز خدمات پاراکلینیک و داروخانه) به گونه‌ای دسترسی داشته باشد که خدمات پیش‌بینی شده‌ی سطح یک را در حداقل زمان ممکن در پایگاه مجری برنامه‌ی پزشک خانواده (مطب تطابق یافته با الزامات) یا مرکز مجری برنامه‌ی پزشک خانواده بصورت کامل دریافت نماید.

||||| ارایه دهنده‌ی خدمت، قابلیت لازم را بر اساس لزوم حفظ جامعیت خدمت دارا باشد تا بتواند تمام خدمات پیش‌بینی شده را با حداقل مراجعه‌ی گیرنده‌ی خدمت بر اساس بسته‌ی خدمت ارایه نماید.

توجه خاص بر هزینه اثربخشی و هزینه فایده بودن خدمات در بسته‌ی خدمت در این سطح مورد تاکید است (۴).

بسته‌ی خدمات سطح دوم و سوم

برابر با قانون، ارایه‌ی خدمات سطح دوم و سطح سوم در ایران، برابر با بسته‌ی خدمات بیمه‌ی پایه (در حال حاضر بیمه‌ی سلامت) می باشد که متاثر از موارد تعهدات بیمه‌های پایه و مکمل از قبیل نحوه و نوع مشارکت مردم در بازپرداخت هزینه‌ها، نرخ بازپرداخت، فراهم بودن خدمات تخصصی و داروها و ملزومات پزشکی می‌باشد (۳).

پس از تجمیع صندوق‌های بیمه‌ی خدمات درمانی و ایجاد صندوق بیمه‌ی سلامت کشور، بسته‌ی خدمات ارایه شده توسط هر کدام از صندوق‌ها، به صورت هماهنگ و یکپارچه، تحت بسته‌ی خدمات بیمه‌ی سلامت ایرانیان با تعرفه‌ی مشخص برای خدمات تشخیصی درمانی، دارو و تجهیزات پزشکی ارایه می‌گردد. در حال حاضر، بیمه‌ی سلامت، ۱۶ گروه خدمات را تحت پوشش قرار نمی‌دهد که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به پیوند قلب و کبد و مغز استخوان، مراقبت‌های دندان (دندان مصنوعی، پرکردن و ارتودنسی)، اعمال جراحی نازایی، اعمال جراحی پلاستیک به منظور زیبایی، تست‌های غربال‌گری و تعویض مفاصل اشاره کرد. به نظر می‌رسد عمده موارد عدم تعهد سازمان بیمه‌ی سلامت، مربوط به خدمات پیشگیری و توانبخشی، و بیشترین خدمات تحت پوشش مربوط به خدمات درمانی باشد.

جایگاه گستره‌ی خدمات در اسناد بالادستی

در قوانین و اسناد بالادستی ایران، بحث بسته‌ی خدمات پایه‌ی سلامت به خوبی نمایان بوده و هست. در قانون برنامه‌ی سوم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، عمده‌ی مواد قوانین مرتبط با خدمات سلامت در ایران شامل ارایه‌ی خدمات بهداشتی رایگان به جمعیت روستایی و شهری توسط ارایه دهندگان دولتی با تامین مالی دولتی، ارایه‌ی خدمات سطح دوم و سوم با همکاری بخش خصوصی و دولتی و پوشش بیمه‌های پایه و مکمل بوده است. این قانون همچنین در چند ماده به اختصار، به ارایه‌ی یارانه به داروهای خاص و ارایه‌ی خدمات توانبخشی با همکاری سازمان بهزیستی برای بیماری‌های روانی مزمن اشاره کرده است (۵).

در قانون برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، بیشتر به مباحث مربوط به بسته‌ی خدمات پرداخته شده است. مطابق آیین‌نامه اجرایی ماده (۹۱) قانون برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳، ارایه‌ی خدمات با توجه به سازوکار سطح بندی در ایران، در سه سطح ارایه می‌گردد. براساس ماده‌ی ۶ این قانون، پزشک خانواده مکلف است خدمات پایه‌ی سطح اول را به جمعیت تحت پوشش بر اساس بسته‌ی خدمات پایه ارایه نماید و بهره‌مندی از سایر سطوح ارایه‌ی خدمات سلامت در چارچوب نظام ارجاع از طریق وی امکان‌پذیر است. شرح این خدمات در کتاب "شرح خدمات

تیم سلامت و پزشک خانواده" توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به چاپ رسیده است. همچنین ماده ۱۲ قانون مذکور در خصوص بسته‌ی خدمات سطوح درمانی و تخصصی عنوان می‌کند: «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است بستر اجرایی لازم برای ارایه‌ی بسته‌ی خدمات بیمه‌ی سلامت را با استفاده از امکانات دولتی و مشارکت بخش غیردولتی در چارچوب سطح‌بندی خدمات درمانی به نحوی فراهم آورد که تمام خدمات تعریف شده بسته‌ی خدمات بیمه پایه‌ی سلامت، معادل مناطق شهری تعریف و در دسترس روستاییان و عشایر قرار گیرد» (۳).

برنامه‌ی پنجم توسعه و آیین‌نامه اجرایی بند (ز) ماده (۳۸)، به بسته‌ی خدمات سلامت با رویکردی تخصصی‌تر نگریسته است. موارد مرتبط با پوشش خدمات و تدوین بسته‌ی خدمات سلامت، نظیر رویکرد خرید راهبردی خدمات برای ایجاد فضای رقابتی به منظور افزایش کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌ها با مسئولیت سازمان بیمه‌ی سلامت (مواد ۳ و ۴)، بازنگری فهرست خدمات مورد تعهد بیمه‌ی پایه‌ی سلامت، بر اساس معیارهای علمی و روش شناختی مصوب با اولویت نظام ارجاع و سطح بندی خدمات با مسئولیت مشترک وزارتخانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور (ماده ۷)، تهیه و تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات نظام سلامت به منظور ارتقای کیفیت خدمات مورد تعهد بیمه‌ی پایه سلامت با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ماده ۸) و مباحث مربوط به ورود خدمات نوین به فهرست خدمات مورد تعهد بیمه‌ی پایه سلامت در این آیین‌نامه لحاظ شده است (۶).

همانگونه که ملاحظه می‌گردد، از لحاظ ایجاد و توسعه‌ی سازوکارهای قانونی، روند رو به رشدی در خصوص بحث‌های مربوط به پوشش خدمات طی برنامه‌های اخیر توسعه صورت گرفته است. به نظر می‌رسد مفاد قانون اخیر تقریباً از جامعیت کافی برخوردار باشد؛ با این وصف، نکته‌ی قابل توجه در این خصوص، بحث‌های مرتبط با اجرایی و عملیاتی شدن این مواد و پایش و نظارت آن‌ها است؛ امری که در اغلب مطالعات صورت گرفته به عنوان چالش مهم در این عرصه تلقی می‌گردد.

چالش‌های موجود در خصوص گسترده‌ی خدمات سلامت در ایران

مطالعه و بررسی نظام سلامت، بیمه‌های سلامت و تامین اجتماعی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که در دهه‌های اخیر، این نظام‌ها با اصلاحات متعددی روبرو بوده‌اند. اگرچه، هر کشور با توجه به شرایط اقتصادی، سیاسی، اجتماعی-بهداشتی، جمعیتی و فرهنگی، شیوه‌های مختلفی را تجربه کرده است، این اصلاحات عمدتاً با هدف اصلی بهبود دسترسی به مراقبت‌ها، فراهم کردن مراقبت‌های کیفی و در نهایت پایین نگه داشتن هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی اجرا شده است (۷).

در این بین، تعیین بسته‌ی خدمات سلامت همواره یکی از چالش‌های اصلی سیاستگذاران بخش سلامت و سازمان‌های سلامت بوده است (۸، ۹). به عبارت دیگر، این سازمان‌ها همیشه با این سوال رو به رو بوده‌اند که با توجه به محدودیت منابع، برای تعیین خدمات این بسته، چه معیارهایی را مورد توجه قرار دهند. بدون تعیین معیارهای تاثیرگذار بر تدوین بسته‌ی پایه و در نظر گرفتن نقش واقعی آن‌ها، بیشک بسته‌ی خدماتی تعریف می‌شود که از نظر سیاسی غیر قابل قبول است، از جهت مالی امکان‌پذیر نیست، از منظر فنی ناکاراست و یا مجموعه‌ای از این مشکلات را دارد (۸).

قسمت عمده‌ای از موانع و مسایل و ضعف‌ها و چالش‌های کلان که نظام سلامت ایران همواره با آن مواجه بوده و هست، مولفه‌ی پوشش خدمات را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. از آن جمله می‌توان کم رنگ شدن بحث تولید سلامت، ناکافی بودن ابزارهای مناسب برای مدیریت هزینه‌ها در بخش سلامت، منابع سلامتی محدود، شواهد مناسب ناکافی برای مداخلات اثربخش در نظام مراقبت

سلامت، عدم کفایت سیاست‌های مناسب برای ایجاد هماهنگی بین سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت و درمان را نام برد (۱۰). در خصوص پوشش گسترده‌ی خدمات از ارتقا، پیشگیری تا درمان و توانبخشی، در حال حاضر عمده‌ی خدمات روی بُعد درمان متمرکز است. از دلایل این مدعا می‌توان به افزایش چشمگیر هزینه‌ها و بودجه‌های درمان نسبت به پیشگیری و ارتقا، حضور افسارگسیخته‌ی بخش خصوصی فعال در زمینه‌ی پوشش خدمات درمانی در بازاری کمرنگ از نظر نظارت روی مقررات و کیفیت خدمات، افزایش روزافزون آمار استفاده از خدمات تخصصی سرپایی و بیمارستان‌ها اشاره نمود (۱۱).

تعیین معیارها و فرایند تدوین بسته‌ی خدمات از مسایل و مشکلات اساسی بوده و هست. بخشی از این مسائل به عدم استفاده از شواهد علمی در تدوین بسته‌ی خدمات و پوشش مداخلات و داروهای اساسی و اتکای بیش از حد به نظر و قضاوت خبرگان و در نتیجه، استفاده از معیارهای غیر علمی مثل فشارهای سیاسی و مقطعی، عملکرد گذشته و تجربیات و اطلاعات قبلی سازمان‌های بیمه‌گر جهت ورود و خروج خدمات اشاره دارد. جایی که معیارهایی مانند هزینه اثربخشی و اثربخشی خدمات و اولویت دهی به نیازهای محلی، حتی در بیشتر کشورهای در حال توسعه به عنوان معیارهایی برای ورود و خروج خدمات تحت پوشش لحاظ می‌گردند، به نظر می‌رسد این موارد در ایران با وجود حمایت قانونی و ایجاد ساختارها و فرایندهای رسمی، از منظر اجرایی و عملیاتی به نتایج مطلوب و اهداف مورد نظر منجر نشده باشد.

به نظر می‌رسد خدمات ارائه شده در سطح یک، توسط تیم سلامت با محوریت پیشگیری و ارتقا از جامعیت کافی برخوردار باشد اما توجه به جنبه‌هایی نظیر این که تا چه حد این خدمات دقیقاً شبیه آن چه عنوان شده است ارائه می‌گردد؟ میزان استفاده و بهره‌مندی از این خدمات چگونه است؟ میزان پذیرش این خدمات توسط مردم و اعتقاد و اعتماد به آن تا چه حدی است؟ جایگاه بیماری‌ها و شرایط نوپدید و بازپدید و نحوه‌ی برخورد با آن‌ها چگونه خواهد بود؟ و در نهایت، قابل قبول بودن کیفیت این خدمات، نکاتی است که بیشتر می‌بایست مورد تامل قرار گیرند.

درس‌های گرفته‌شده از سایر کشورها

بسته‌های خدمات پایه، به وضوح، مداخلات متفاوت در کشورهای مختلفی را شامل می‌شوند- که منعکس کننده‌ی تفاوت‌های موجود در شرایط اقتصادی، اپیدمیولوژیکی و اجتماعی هستند. در یک کشور کم درآمد، معمولاً "بسته‌ی خدمات پایه، متشکل از فهرست محدودی از خدمات سلامت عمومی و مداخلات بالینی است که در مراقبت‌های سطوح اولیه و ثانویه ارائه خواهد گردید (۱۲). برای مثال، در کشورهای افغانستان، سودان، و جمهوری لیبیا، بسته‌ی خدمات پایه برای پوشش این نوع خدمات تعریف شده است (۱۳-۱۵). در مقابل، در کشورهای غنی تر، مانند کره‌ی جنوبی، بسته‌های خدمات، اغلب آن دسته از خدماتی را که تحت پوشش قرار نمی‌دهند توصیف می‌کنند (فهرست منفی) (۱۶). همچنین، یک سری بسته‌های خدمات جزئی یا خاص برای بیماری‌های خاص یا گروه‌های دموگرافیکی خاص وجود دارد. کشورهایی مثل چین و ترکیه، برای گروه‌های فقیر و بیماران خاص، بسته‌ی خدمات مجزایی تعریف کرده‌اند (۱۷، ۱۸).

پوشش همگانی سلامت برای کشورهای توسعه یافته مسئله تازه‌ای نیست. واژه‌ی پوشش همگانی سلامت با نظام سلامت کشورهایمانند کانادا، انگلیس، سوئد، آلمان و فرانسه، از قرن بیستم، زمانی که این کشورها دسترسی به یک سری از خدمات پایه‌ی مراقبت‌های سلامت را به عموم مردم فراهم نمودند، عجین شده است (۱۹).

این کشورها با وجود تنوع در نوع نظام سلامت و تامین مالی آن، جمعیت خود را از دسترسی به بسته‌ی جامعی از خدمات سلامت در زمان دریافت خدمات، بهره‌مند کردند. امروزه، در عمده‌ی این کشورها، بسته‌ی خدمات سلامت به صورتی که کاملاً "تعریف شده و دارای فهرستی از خدمات باشد وجود ندارد. بلکه این کشورها با توجه به نیاز جمعیت خود، گستره‌ای از خدمات جامع پیشگیری تا توانبخشی را ارائه می‌کنند. تنها تفاوت موجود، نوع تامین مالی این خدمات و مشارکت مردم از قبیل پرداخت مالیات و سهم شدن در مشارکت بیمه‌های اجتماعی و نرخ بازپرداخت‌ها می‌باشد. نکته‌ی مهم در مورد این کشورها، وجود سیستم پیشرفته‌ی ارزیابی اقتصادی، اولویت‌بندی خدمات و استفاده‌ی گسترده از تحلیل‌های هزینه اثربخشی و هزینه مطلوبیت در فرایندهای رسمی تدوین بسته‌های خدمات است (جدول ۱).

کشورهای در حال توسعه‌ای مانند چین (۱۶۱۷)، ترکیه (۱۸)، تایلند (۲۰، ۲۱)، کره‌ی جنوبی (۲۴)، مکزیک (۲۲-۲۵) و برزیل (۱۵)، در مسیر پوشش همگانی سلامت، دست به اصلاحات گسترده‌ای درخصوص هر سه بعد پوشش همگانی (شامل گستره‌ی خدمات، گستره‌ی جمعیت و گستره‌ی حفاظت مالی) زده‌اند. توجه به تجربیات این کشورها در مسیر نیل به پوشش همگانی، حاکی از این است که اصلاحات و تغییر در نظام سلامت هر کشور برای دستیابی به هدف غایی نظام فوق که همان حفظ و ارتقای سلامتی آحاد جامعه می‌باشد باید جامع بوده و در تمامی ابعاد صورت گیرد؛ و تلاش‌های پراکنده و اختصاصی و بدون برنامه، یا بی فایده خواهد بود و یا تنها به پیشرفت‌های مقطعی منجر خواهد شد.

بیشتر این کشورها، به منظور بهبود پوشش خدمات خود، هم گستره‌ی خدمات تحت پوشش و هم ژرفای آن را بهبود بخشیده‌اند. کشورهای مکزیک و تایلند با ارائه‌ی طرح بیمه‌ی همگانی جدید و تحت پوشش قرار دادن جمعیت کثیر بیمه نشده، جمعیت خود را از بسته‌ی مزایای جامع متشکل از خدمات پیشگیری، ارتقایی، درمانی و توانبخشی بهره‌مند ساخته‌اند (۲۰، ۲۴).

هر سه طرح بیمه‌ای در تایلند (پوشش بخش خصوصی رسمی، کارکنان دولت و سایر جمعیت)، بسته‌ی مزایای جامعی را -تقریباً بدون هیچ‌گونه سهم مشارکت در پرداخت- فراهم می‌کنند (۲۶). در مکزیک، توسعه‌ی اصلاحات شامل یک فرایند مرتبط به هم بوده است که پوشش افراد بیشتر، مداخلات بیشتر و شرایط سلامت بیشتر با کیفیت بهتر را دربرمی‌گیرد (۲۷). گسترش بسته‌ی خدمات و بهبود کیفیت، از مسایل حیاتی و اساسی در اصلاحات هستند (۲۸).

به وجود آوردن ظرفیت‌های ارزیابی اقتصادی فناوری‌ها و مداخلات سلامت، جای خود را در فرایندهای تدوین این کشورها نیز باز کرده است. کشورهایی مانند تایلند (۱۹)، برزیل (۲۵) و کره‌ی جنوبی (۱۶)، با توسعه‌ی سیستم خرید استراتژیک، کیفیت خدمات سلامت تحت پوشش خود را بهبود بخشیده‌اند. شواهد ارائه شده در مطالعات نشان می‌دهد اجزای کلیدی متعددی در خرید استراتژیک - بیمه کردن فقیرترین دهک‌ها، پوشش داروها و مراقبت‌های سرپایی و تحت پوشش قرار دادن بسته‌ی هزینه‌های فاجعه‌آمیز - راهبردهای اثربخشی برای مقابله با هزینه‌های فاجعه بار و کاهش هزینه‌های سلامت می‌باشد (۲۸). خرید راهبردی، خصوصاً در طراحی بسته‌ی خدمات و روش‌های پرداخت به ارائه‌کننده‌ی خدمات، نظام‌های کارآیی ایجاد کرده و سطوح پرداخت از جیب و هزینه‌های فاجعه بار را کاهش می‌دهد (۲۵)؛ امری که در کشور کره اتفاق افتاده است (۲۹).

اما مسئله‌ی مهم، ارتقای گستره‌ی خدمات و پرداختن به تمام حیطه‌های ارائه‌ی خدمات از ارتقا گرفته تا توانبخشی است. کشورهایی مانند هند، کنیا و فیلیپین که در ابتدا فقط خدمات بستری را پوشش می‌دادند، اکنون به سمت گسترش مزایا برای پوشش خدمات اولیه و پیشگیرانه حرکت می‌کنند؛ با درک این واقعیت که هر چند خدمات سرپایی ممکن است پرهزینه باشد اما می‌تواند منجر به تاثیر بیشتری بر پیامدهای سلامت گردد (۳۰). جداول ۱ و ۲ ویژگی‌های مختلف بسته‌ی خدمات در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه منتخب را نشان می‌دهد.

جدول ۱. گستره‌ی خدمات و ویژگی‌های آن در کشورهای توسعه یافته

کشور	پوشش خدمات	گستره‌ی خدمات	مهم‌ترین معیارهای انتخاب خدمات	سایر ویژگی‌ها
آلمان	جامع	خدمات بستری، سرپایی و دارویی	کیفیت کارایی تحلیل هزینه مطلوبیت (برای داروهای خاص)	دارای فرایند رسمی انتخاب خدمات
فرانسه	جامع	مراقبت‌های سرپایی، بستری، توانبخشی خدمات تشخیصی و پیراپزشکی خدمات دارویی		دارای فرایند رسمی در قالب کمیته‌های کارشناسی جهت انتخاب خدمات
انگلیس	جامع	کلیه خدمات	هزینه اثربخشی اثربخشی توسعه‌ی راهنماهای بالینی	براساس توصیه‌های موسسه‌ی ملی تعالی بالینی از ۹۹۹۱ (ECIN)
سوئد	جامع	پیشگیری و توانبخشی گروه‌های اولویت‌دار بالینی و سیاسی / مدیریتی: بیماری‌های حاد تهدیدکننده‌ی زندگی، بیماری‌های مزمن شدید، مراقبت تسکینی از افراد در حال احتضار بیماری حاد با وخامت کمتر مراقبت برای دلایلی غیر از بیماری پوشش داروهای ژنریک	براساس اصول اخلاقی: اصل کرامت انسانی اصل نیاز و همبستگی اصل هزینه اثربخشی	فاقد تعریف بسته‌ی پایه و ضروری مراقبت‌های سلامت و دارویی واضح و شفاف
کانادا	جامع	کلیه‌ی خدمات	اثربخشی هزینه اثربخشی تاثیرات بالینی تصمیمات و مداخلات مبتنی بر شواهد	فاقد بسته‌ی مزایا برای خدمات سلامتی و دارویی در سطح ملی دارای فرایند رسمی توسط کمیته‌های فنی برای تصمیم‌گیری و انتخاب

جدول ۲. گستره‌ی خدمات و ویژگی‌های آن در کشورهای در حال توسعه

کشور	پوشش خدمات	گستره‌ی خدمات	مهم‌ترین معیارهای انتخاب خدمات	سایر ویژگی‌ها
آلمان	جامع	خدمات بستری، سرپایی و دارویی	کیفیت کارایی تحلیل هزینه مطلوبیت (برای داروهای خاص)	دارای فرایند رسمی انتخاب خدمات
فرانسه	جامع	مراقبت‌های سرپایی، بستری، توانبخشی خدمات تشخیصی و پیراپزشکی خدمات دارویی		دارای فرایند رسمی در قالب کمیته‌های کارشناسی جهت انتخاب خدمات
انگلیس	جامع	کلیه خدمات	هزینه اثربخشی اثربخشی توسعه‌ی راهنماهای بالینی	براساس توصیه‌های موسسه‌ی ملی تعالی بالینی از ۱۹۹۹ (NICE)
سوئد	جامع	پیشگیری و توانبخشی گروه‌های اولویت‌دار بالینی و سیاسی / مدیریتی: بیماری‌های حاد تهدیدکننده‌ی زندگی، بیماری‌های مزمن شدید، مراقبت تسکینی از افراد در حال احتضار بیماری حاد با وخامت کمتر مراقبت برای دلایلی غیر از بیماری پوشش داروهای ژنریک	براساس اصول اخلاقی: اصل کرامت انسانی اصل نیاز و همبستگی اصل هزینه اثربخشی	فاقد تعریف بسته‌ی پایه و ضروری مراقبت‌های سلامت و دارویی واضح و شفاف
کانادا	جامع	کلیه‌ی خدمات	اثربخشی هزینه اثربخشی تاثیرات بالینی تصمیمات و مداخلات مبتنی بر شواهد	فاقد بسته‌ی مزایا برای خدمات سلامتی و دارویی در سطح ملی دارای فرایند رسمی توسط کمیته‌های فنی برای تصمیم‌گیری و انتخاب

کشور	پوشش خدمات	گسترده‌ی خدمات	مهم‌ترین معیارهای انتخاب خدمات	سایر ویژگی‌ها
تایلند	جامع	مراقبت‌های سرپایی و بستری برای ارتقا، پیشگیری، درمان و توانبخشی	هزینه اثربخشی قابلیت پرداخت تاثیرات بودجه‌ای تعداد جمعیت تاثیرپذیر وختام بیماری ملاحظات اخلاقی و برابری	دارای فرایند رسمی اولویت‌بندی خدمات و تدوین بسته‌ی خدمات و معیارهای ورود و خروج خدمات توسط کمیته‌های فنی و نمایندگان ذی‌نفعان
مکزیک	تقریباً جامع	سه نوع بسته‌ی شفاف شامل خدمات جامعه محور، خدمات ضروری شامل مداخلات اولیه سطح دوم به منظور پیشگیری، ارتقا، درمان و توانبخشی و همچنین زایمان، خدمات سطح سوم با هزینه بالا	الگوهای بیماری‌زایی هزینه اثربخشی قابلیت پرداخت حفاظت مالی ارزش‌ها و مقبولیت اجتماعی دیدگاه‌های جامعه‌ی علمی	فرایند تدوین بسته‌های مزایا بطور مشترک توسط دولت و بیمه‌های اجتماعی
چین	عمدتاً سرپایی و بستری	سه نوع بسته‌ی مزایا غالب هستند: بازپرداخت برای هزینه‌های بستری و سرپایی؛ بازپرداخت برای بستری و سرپایی اما محدود به بیماری‌های مزمن منتخب؛ و حساب‌های پس انداز درمانی به منظور استفاده در پرداخت برای ویزیت‌های سرپایی.	حفاظت مالی بار بیماری نیازهای محلی منابع در دسترس محلی	تنوع بسته‌ها نسبت به مناطق مختلف پوشش بر اساس بازپرداخت
ترکیه	بسته‌ی مزایای پایه‌ی جامع	مراقبت‌های سلامت پیشگیرانه، سرپایی، بیمارستانی، زایمان، خدمات دارویی و آزمایشگاهی	حفاظت مالی	دارای فرایند رسمی در قالب کمیته‌های فنی برای انتخاب خدمات
برزیل	از پایه تا جامع	تمامی انواع و سطوح مراقبت‌ها تاکید بیشتر روی مراقبت‌های سطح اولیه	مناسبات اپیدمیولوژیکی کیفیت برای بیماران تاثیرات بودجه‌ای مناسبات بازار برزیل	فاقد بسته‌ی خدمات شفاف
شیلی	تقریباً جامع	پیشگیری، ارتقا، درمان و توانبخشی	بار بیماری دیدگاه‌های متخصصین سلامت تقاضای شهروندان مداخلات سهیم در افزایش کیفیت زندگی اثربخشی هزینه‌اثربخشی(در حدامکان)	از سال ۲۰۰۳، اولویت‌بندی توسط کمیته تضمین خدمات سلامتی شفاف
کره‌ی جنوبی	جامع	خدمات تشخیصی خدمات درمانی(سرپایی، بستری، دارویی و دندانپزشکی) و اورژانسی خدمات پیشگیری، ارتقا و توانبخشی	نظرات گروه‌ها و کمیته‌های مختلف و در نهایت وزارت بهداشت برای داروها: اثربخشی ایمنی ارزشیابی اقتصادی	براساس اولویت‌بندی کمیته‌ی مشورتی سیاست بیمه‌ی سلامت کمیته‌های جدا برای ارزیابی مداخلات و فناوری‌های موجود و جدید برای گروه‌های خدمات، دارو و لوازم پزشکی

جهت‌گیری‌های آینده

روشن است که وجود الگوی علمی منطقی برای طراحی مزایای سلامت در سطوح مختلف نظام سلامت، می‌تواند به تخصیص شایسته‌تر و مدیریت منابع سلامت موجود و توجه به نیازها و اولویت‌هایی که معیار کلیدی در تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران سلامت است منجر شود (۱۰). پیش‌نیازها و ملزومات ورود به این عرصه، ترویج و تقویت بنیه‌ی علمی در خصوص ظرفیت‌های تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد است که خود وابسته به وجود نظام اطلاعاتی معتبر و تعیین اولویت‌های محلی مبتنی بر نیاز است. در تمامی این مراحل، آن‌چه که بیشتر از همه اهمیت دارد این است که مردم در مرکزیت و محوریت توجه تمامی امور قرار گیرند (۳۳۱). توجه به این نکته لازم است که در هر کشور، تعریف عملی بسته‌ها تحت تاثیر شرایط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، نفوذ گروه‌های تخصصی، صنایع دارویی، منابع مالی و فشارهای عمومی نیز قرار دارد. اصلاحات شکل گرفته در کشورهای مختلف که با هدف بهبود دسترسی به مراقبت‌ها، گسترش پوشش جمعیتی، تضمین دسترسی برابر کلیه مراقبت‌های مورد نیاز، بکارگیری تمهیداتی برای ارزیابی مراقبت‌های کیفی، و پایین نگه‌داشتن هزینه‌های بهداشتی صورت گرفته است، حاصل تعامل یا تضاد این دیدگاه‌هاست (۳۳۲). در تعریف بسته‌های خدمت، نقش پوشش بیمه‌ای پایه و مکمل را نیز نباید از نظر دور داشت؛ دیدگاه‌های مربوط به «تعریف خدمات تحت پوشش»، «تعریف خدماتی که تحت پوشش نیستند» و «تلفیقی از هر دو سیستم» دیدگاه‌های رایج است، بدین ترتیب خدماتی که «تحت پوشش هستند» و «خدماتی که تحت پوشش نیستند» یا «تحت پوشش بیمه‌های مکمل هستند» مشخص می‌شوند. انتظار می‌رود معیارهایی که برای تعیین خدمات مورد استفاده قرار می‌گیرند به موضوعاتی از جمله اولویت‌ها، گستره‌ی پوشش خدمتی، نوع و میزان مصرف، و جمعیت مصرف‌کننده توجه داشته باشند و ضمن توجه به دیدگاه‌های سازمان‌های بیمه‌گر، درمان‌های جایگزین را نیز در نظر داشته باشد و با توجه به اصول اقتصاد سلامت، کاربرد تکنیک‌های اقتصادی را در تعریف بسته‌های خدمتی رعایت نمایند؛ این موضوعی است که از سیاست‌گذاران بخش سلامت و بیمه‌ای کشور انتظار است. بدیهی است توجه به اثرات حذف یا اضافه کردن تعهدات بر بخش‌های دیگر اجتماع و سازمان‌ها نیز لازم است (۳۳۲).

ملاحظات اجرایی و عملیاتی در خدمات زمینه‌ی تدوین بسته‌ی خدمات در ایران

با وجود این که در شرایط محدودیت منابع، نیاز به انجام ارزیابی اقتصادی به عنوان یک نهاده برای برنامه‌ریزی در سلامت ضروری است، در بیشتر کشورهای در حال توسعه، استفاده‌ی دقیق و واقعی از اطلاعات در هزینه اثربخشی مداخلات سلامت متفاوت، برای آگاهی بخشی در زمینه‌ی اولویت بندی، محدود مانده است (۳۳). از یک طرف، نگرانی بجایی وجود دارد که استخراج و تعمیم ساده‌اندیشانه از تخمین‌های بین‌المللی ممکن است در تصمیمات مربوط به تخصیص منابع ملی گمراه‌کننده باشد؛ از سوی دیگر، انجام تحلیل هزینه اثربخشی خاص کشور نیاز به اطلاعات گسترده، قابل اعتماد و معتبر و ظرفیت‌های تحلیلی فنی محلی دارد که همیشه در دسترس نیست (۳۳). پوشش خدمات، به عنوان یکی از مولفه‌ها و ابعاد سه‌گانه پوشش همگانی سلامت، با تمرکز روی حیطه‌های ارتقا، پیشگیری، درمان، توانبخشی و مراقبت‌های تسکینی، و با توجه به مداخلات شخص محور و جامعه محور و مداخلات در سطوح مختلف سیستم شامل جامعه، اولیه، دوم و سوم باید ملاحظات مربوط به کیفیت را به عنوان یک مفهوم کلی و فراگیر مد نظر داشته باشد؛ چیزی که اغلب اهمیت و اصلاحات مربوط به آن فراموش می‌شود.

تصمیمات مربوط به مداخلات سلامت، از فشارهای سیاسی بی‌بهره نبوده و نخواهد بود. گروه‌های ذی‌نفع همواره در مراحل مختلفی مانند طراحی بسته‌های خدمات و معیارهای ورود و خروج خدمات، علی‌الخصوص دارو، قانونگذاری و مخصوصاً اجرایی و عملیاتی نمودن مواد قانونی، نظام سلامت را دستخوش تغییرات گسترده‌ای می‌کنند.

1. Evans DB, Saksena P, Elovainio R, Boerma T. Measuring progress towards universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2012.
2. Ottersen T, Norheim OF. Making fair choices on the path to universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization* 2014; 92 (6): 389.
3. The Forth Plan for Economic, Social and Cultural Development of Islamic Republic of Iran, Implementing Regulations, Article 91; 2007.
4. Services of Family Medicine team. Ministry of Health and Medical Education. Health Deputy. Network Development and Health Promotion Center; 2007.
5. The Third Plan for Economic, Social and Cultural Development of IR Iran; 2006.
6. The Fifth Plan for Economic, Social and Cultural Development of Islamic Republic of Iran, Implementing Regulations, Article 38; 2014.
7. Zare H, Barzegar, M, Kashef-Ghorbanpour E, Samet A. The methods of determining the health services packages in the world; 2012: 352.
8. Dehnavieh R, Tabibi S, Maleki M, Rashidian A, Noorihekmat S. Information criteria for basic health insurance package in Iran from health insurance organization's view. *Health Information Management* 2010;7(2):109-18.
9. Dehnavieh R, Rashidiyan, A., Maleki, MR. Challenges of defining basic health insurance package in Iran. *Payesh* 2010;10(2):273-83. (in Persian)
10. Kabir MJ, SoudabehVatankhah BD, Ravaghei H, Jafari N, Heidari A, Behnampour N, et al. Determinant Criteria for Designing Health Benefit Package in Selected Countries. *Life Sciences Journal* 2013; 10 (3).
11. Moghadam MN, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. *The International Journal of Health Planning and Management* 2012; 27 (2): e121-e31.
12. Essential Health Packages: What are they for? What do they change? DRAFT Technical Brief No. 2, 3 WHO Service Delivery Seminar Series; July 2008.
13. Hansen PM, Peters DH, NiayeshH, Singh LP, Dwivedi V, Burnham G. Measuring and managing progress in the establishment of basic health services: the Afghanistan health sector balanced scorecard. *The International Journal of Health Planning and Management* 2008; 23 (2): 107-17.
14. Basic Package of Health and Social Welfare Services for Liberia. Ministry of Health and Social Welfare Republic of Liberia; 2008.
15. Basic Package of Health and Nutrition Services for Southern Sudan. Final Draft Ministry of Health, Government of Southern Sudan; January 2009.
16. Chun CB, Kim SY, Lee JY, Lee SY. Republic of Korea: Health system review, *Health Systems in Transition*; 2009.
17. Liang L, Langenbrunner JC. The long march to universal coverage: lessons from China;2013.

18. Menon R, Mollahaliloglu S, Postolovska I. Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor; 2013.
19. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet* 2012; 380 (9845): 924-32.
20. Hanvoravongchai P. Health financing reform in Thailand: toward universal coverage under fiscal constraints; 2013.
21. Sakunphanit T. Universal Health Care Coverage Through Pluralistic Approaches: Experience from Thailand. Bangkok, ILO Subregional Office for East Asia; 2006.
22. Bonilla-Chacin ME, Aguilera N. The Mexican social protection system in health; 2013.
23. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porras-Condey R, Carvalho N, et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *The Lancet* 2006; 368 (9547): 1608-18.
24. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet* 2012; 380 (9849): 1259-79.
25. Marten R, McIntyre D, Travassos C, Shishkin S, Longde W, Reddy S, et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). *The Lancet* 2014; 384 (9960): 2164-71.
26. Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Ir P, Aljunid SM, Mukti AG, Akkhavong K, et al. Health-financing reforms in southeast Asia: challenges in achieving universal coverage. *The Lancet* 2011; 377 (9768): 863-73.
27. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *The Lancet* 2006; 368(9546):1524-34.
28. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet* 2006; 368(9549):1828-41.
29. Kwon S. Payment system reform for health care providers in Korea. *Health Policy and Planning* 2003; 18 (1): 84-92.
30. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet* 2012; 380 (9845): 933-43.
31. The World Health Report: Health Systems Financing; the Path to Universal Coverage: World Health Organization; 2010.
32. Zare H, Goudarzi, AM. Organization and management of health care organizations offering medical service packages (The first part: Comparative Study). *Journal of Social Security* 2009; 9(28):135-7. (in Persian)
33. Lea RA. World Development Report 1993: Investing in Health; 1993.

فصل ٤

کیفیت خدمات

چکیده

تجارب دنیا در خصوص برنامه‌های پوشش همگانی خدمات سلامت نشان می‌دهد که توجه به کیفیت خدمات در دستیابی به اهداف برنامه‌ها نقش مهمی ایفا می‌کند. تعریف کیفیت و مشخص کردن ابعاد مختلف آن در مراقبت‌های سلامت دشوار است. هرچند شاخص‌های متنوعی برای رصد وضعیت کیفیت خدمات سلامت در دنیا پیشنهاد می‌شود، استفاده‌ی مناسب از آن‌ها در شرایط فعلی کشور به علت ضعف اطلاعاتی موجود امکان‌پذیر نمی‌باشد. در این فصل سعی شده است با توجه به اطلاعات محدود موجود در کشور در زمینه‌ی برخی ابعاد کیفیت خدمات، تعدادی از شاخص‌ها از بانک‌های اطلاعاتی موجود انتخاب و گزارش شود. چارچوب در نظر گرفته شده برای گزارش این شاخص‌ها، چارچوب بهبود کیفیت دونا‌بدیان می‌باشد. در بخش خدمات درمانی، شاخص‌های میزان عفونت‌های بیمارستانی و مرگ ناشی از آن، نتیجه‌ی اقدامات درمانی، رعایت حقوق بیمار، زمان صرف شده برای دریافت خدمت، کیفیت خدمات اورژانس، آمادگی واحدهای بهداشتی در برابر بلایا، وضعیت بهداشت محیط مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمت و شاخص‌های کیفیت مراقبت‌های زایمان گزارش شده است. در بخش خدمات پیشگیری، به علت ماهیت خاص کیفیت در این سطح و محدودیت‌های داده‌ای، شاخص‌های درصد مدارس ۵ ستاره و آگاهی صحیح زنان درباره‌ی پیشگیری از ایدز گزارش شده است. همچنین، شاخص‌های نظارت بر کیفیت خدمات، میانگین اقلام دارویی نسخ، سرانه‌ی مراجعه به مراکز تشخیصی، شاخص‌های وضعیت بیمارستان‌ها در خودارزیابی‌های انجام شده و وضعیت تدوین راهنماهای مبتنی بر شواهد در کشور، و در نهایت عدالت در دسترسی به خدمات درمانی گزارش شده است.

جمع‌بندی یافته‌های این فصل نشان می‌دهد جهت رصد مناسب وضعیت کیفیت خدمات سلامت، نیاز به تعریف شاخص‌های مناسب، و فراهم سازی شرایط لازم برای جمع‌آوری اطلاعات

آن‌ها در سطح ملی و استانی وجود دارد. در این فصل به برخی شاخص‌های مرتبط با کیفیت اشاره شده است اما پیگیری موضوع در گزارشات بعدی، نیازمند مطالعات عمیق‌تر در خصوص چارچوب مناسب در کشور و همچنین افزایش صحت داده‌ها است. به علت این که عمده شاخص‌های موجود مرتبط با کیفیت خدمات، مبتنی بر اظهار آرایه‌کنندگان خدمات می‌باشد، به صحت و سقم آن‌ها نمی‌توان اعتماد کافی داشت و این موضوع اهمیت برنامه‌ریزی مناسب‌تر جهت کسب داده‌های معتبرتر را دوچندان می‌سازد.

مرور سوابق استفاده از ابزارهای کیفیت در بخش سلامت نشان می‌دهد که استفاده از این ابزارها شتابزده رخ داده است. با توجه به تغییر ماهیت بیماری‌ها در سطح جامعه، تغییر انتظارات گروه‌های مختلف اعم از مردم، آرایه‌دهندگان خدمت و سیاست‌گذاران در خصوص کیفیت خدمات، و افزایش توجه جهانی به این مقوله، برنامه‌ریزی منسجم جهت ارتقای کیفیت در سطوح مختلف خدمتی ضروری به نظر می‌رسد. لذا در انتهای این فصل، جمع‌بندی در خصوص مداخلات لازم جهت ارتقای کیفیت خدمات در قالب اهرم‌های کنترل نظام سلامت آرایه شده و نقش ذی‌نفعان اصلی بیان گردیده است.

مقدمه

برنامه‌های پوشش همگانی خدمات سلامت، بدون در نظر گرفتن الزامات کیفیت خدمات، در دستیابی به اهداف خود دچار مشکل خواهند شد (۱). در مطالعات مهمی که هدف آن‌ها تعیین شاخص‌های مناسب جهت رصد وضعیت پوشش همگانی خدمات بوده است، به شاخص‌های کیفیت خدمات توجه ویژه‌ای شده است (۲، ۳). در گزارش سال ۲۰۱۳ سازمان جهانی بهداشت نیز تأکید شده است که در پوشش همگانی سلامت، باید طیف کاملی از خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان، بازتوانی و مراقبت‌های تسکینی با کیفیت لازم پوشش داده شود. به عبارت دیگر، یکی از اهداف اصلی پوشش همگانی خدمات سلامت این است که کیفیت مراقبت‌ها به اندازه‌ای باشد که سلامت جامعه ارتقا یابد (۴). بسیاری از کشورها به این باور رسیده‌اند که ارتقای کیفیت مراقبت‌ها می‌تواند تأثیر مهمی بر دستیابی به پوشش همگانی سلامت داشته باشد (۵). این بدان معنی است که در برنامه‌های پوشش همگانی، دریافت مداخلات به تنهایی کافی نیست و لازم است مداخلات ارایه شده با کیفیت نیز باشند (۶).

تعریف کیفیت و ابعاد مختلف آن، موضوع دشواری است. این مفهوم در مراقبت‌های سلامت، پیچیده و در عین حال چند بعدی است و توافق چندانی بر سر تعریف آن وجود ندارد (۷). در تعاریف انجمن پزشکان آمریکا و سازمان جهانی بهداشت، ابعادی نظیر ایمنی، اثربخشی، بیمارمحوری، مقبولیت، دسترسی، ارایه در زمان مناسب، کارایی و عدالت برای کیفیت مراقبت‌های سلامت در نظر گرفته شده‌اند (۸، ۹).

برای رصد وضعیت کیفیت خدمات سلامت، از چارچوب‌های متنوعی در دنیا استفاده می‌شود اما بعلافت ضعف اطلاعاتی موجود در کشور، استفاده از آن‌ها در شرایط فعلی امکان‌پذیر نمی‌باشد. در این فصل سعی شده است با توجه به اطلاعات محدود موجود در کشور، در زمینه‌ی برخی ابعاد

کیفیت خدمات، تعدادی از شاخص‌ها از بانک‌های اطلاعاتی موجود انتخاب و میزان آن‌ها گزارش شود. چارچوب در نظر گرفته شده برای گزارش شاخص‌ها، چارچوب بهبود کیفیت دونابدیان^۱ می‌باشد. علیرغم ارایه‌ی مدل‌های مختلف برای ارزیابی کیفیت از سوی سازمان‌های مختلف، مدل دونابدیان همچنان به عنوان مدل غالب در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های سلامت مطرح می‌باشد (۱۰). یکی از ویژگی‌های این مدل، سادگی فهم آن است. این مدل، کیفیت را در سه بعد ساختار، فرایند و پیامد معرفی می‌نماید. شاخص‌های گزارش شده در این فصل، بر اساس انطباق شاخص‌های مرتبط با کیفیت در گزارش‌های موجود و چارچوب سه بعدی دونابدیان ارایه شده است. جدول ۱، شاخص‌های گزارش شده در این فصل را با اشاره به منبع اطلاعاتی و پوشش بعد کیفیتی نشان می‌دهد. در ادامه، توضیح مختصری در مورد شاخص‌های گزارش شده ارایه شده است.

عفونت‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، نگرانی جهانی برای ایمنی بیمارانی است که در بیمارستان تحت درمان قرار می‌گیرند (۱۱). این عفونت‌ها منجر به ناخوشی، اقامت طولانی، مرگ و افزایش هزینه‌های درمانی می‌شوند (۱۱، ۱۲). عفونت بیمارستانی، عفونتی است که حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می‌شود (۱۳). کنترل عفونت، یک استاندارد مهم کیفیت است و برای ایمنی بیماران و سایرین ضروری است (۱۴). طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، میزان بروز این عفونت‌ها در کشورهای توسعه‌یافته صنعتی بین ۱۱-۶ درصد و در کشورهای در حال توسعه تا ۲۷٪ می‌باشد. در سال ۱۳۸۵، به منظور ثبت موارد عفونت، نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی در کشور برقرار گردید (۱۳).

نتیجه‌ی درمان بستری و سرپایی، شاخص دیگری است که در گزارش حاضر، از دیدگاه دریافت‌کنندگان خدمات گزارش شده است. در ادامه، به دو شاخص مرتبط با کیفیت مراقبت‌های مادران و کودکان اشاره شده است که به علت تأثیری که بر سلامت مادر و کودک دارند، در کشورهای مختلف به عنوان شاخص‌های کیفیت خدمات رصد می‌شوند (۱۵).

جدول ۱. شاخص‌های گزارش شده با اشاره به منبع اطلاعاتی و پوشش بعد کیفیتی

منبع اطلاعاتی موجود	گروه شاخص انتخاب شده	سطح خدمات	بعد کیفیتی		
			ساختار	فرایند	پیامد
نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی	میزان عفونت‌های بیمارستانی و مرگ ناشی از آن	درمان (بستری)	*		
گزارش طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت	نتیجه‌ی اقدامات درمانی/ رعایت حقوق بیمار/ زمان صرف شده برای خدمت	درمان (سرپایی و بستری)	*		
شاخص‌های اختصاصی و عمومی معاونت درمان	شاخص‌های کیفیت خدمات اورژانس	درمان (بستری)	*	*	
اطلاعات مربوط به پانل معاونت بهداشتی / شاخص‌های سیمای بهداشت در جمهوری اسلامی ایران / سیمای سلامت و جمعیت در ایران	آمادگی واحدهای بهداشتی در برابر بلایا، وضعیت بهداشت محیط مراکز، کیفیت مراقبت زایمان، درصد مدارس ۵ ستاره، درصد موفقیت درمان موارد جدید سل ریوی اسمیر مثبت، آگاهی صحیح زنان درباره پیشگیری از ایدز	پیشگیری / درمان	*	*	*
مطالعه‌ی آرایه‌ی خدمات سلامت سرپایی و توانبخشی	وضعیت مراکز آرایه دهنده‌ی خدمات بر حسب مجوز قانونی	درمان (سرپایی) / بازتوانی	*		
مرور نظام مند و متناوب خودارزیابی بیمارستان‌ها	وضعیت بیمارستان‌ها در معیارهای مختلف مدل EFQM	درمان (بستری)	*	*	*
گزارش عملکرد سازمان بیمه‌ی سلامت ایران	وضعیت رتبه‌بندی - تعداد اقلام دارویی - استفاده از خدمات تشخیصی	درمان (سرپایی و بستری)	*	*	*
شاخص‌های اختصاصی سازمان بهزیستی کشور	نسبت تعداد افراد معلول مشارکت کننده در فعالیت‌های اجتماعی	بازتوانی	*		
گزارش دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه	وضعیت تدوین راهنماهای مبتنی بر شواهد در کشور	کلیه سطوح	*	*	*
مطالعات موجود	برخی شاخص‌های دسترسی عادلانه به خدمت	درمان	*		

شاخص موجود و مرتبط دیگر، درصد موفقیت درمان موارد جدید سل ریوی اسمیر مثبت است که فرمول آن عبارت است از: تعداد موارد جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت ثبت شده در مقطع زمانی که نتیجه‌ی درمان‌شان بهبود یافته و یا دوره‌ی درمان تکمیل شده است، بر تعداد کل موارد جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت ثبت شده در صد نفر.

گروه بعدی شاخص‌ها، شاخص‌های مرتبط با کیفیت خدمات اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی است. خدمات پزشکی اورژانس پیش‌بیمارستانی به خدماتی گفته می‌شود که نیازهای سلامت خاص افراد را در خارج از مجموعه‌های بیمارستانی پاسخ می‌دهد (۱۶). با توجه به اهمیت مراقبت‌های بلایا در کشور، سعی شده است شاخص‌های مرتبط با کیفیت این نوع خدمات نیز در این فصل آورده شود که با توجه به محدودیت داده‌ها در این زمینه، شاخص‌های مرتبط با آمادگی عملکردی واحدهای بهداشتی در برابر بلایا گزارش شده است. مطلوبیت وضعیت جنبه‌های مختلف بهداشت محیط در مراکز آرایه‌دهنده‌ی خدمت، شاخص دیگری است که بدان اشاره شده است. طی مرور شاخص‌های موجود سازمان بهزیستی کشور، شاخصی که ارتباط بیشتری با موضوع کیفیت داشت، شاخص نسبت تعداد افراد معلول مشارکت کننده در فعالیت‌های اجتماعی به کل افراد معلول تحت پوشش سازمان بود که در این‌جا میزان آن گزارش شده است. جنبه‌های پاسخگویی خدمات نظیر حفظ حرمت، ارتباطات بین بیمار و پرسنل بیمارستان، امنیت و خدمات هتلینگ، ابعاد مهمی از کیفیت هستند (۱۵). در این فصل، به تعدادی از شاخص‌های مرتبط با این موضوع نیز اشاره شده است. در راستای اجرای برنامه‌ی کشوری استقرار سیستم مدیریت سلامت در مدارس، شاخص مدارس ۵ ستاره در کشور اندازه‌گیری می‌شود (۱۷) که می‌تواند به نوعی بیانگر کیفیت خدمات بهداشت مدارس باشد. دیگر شاخص مرتبط با کیفیت خدمات پیشگیری، شاخص آگاهی صحیح زنان ۵۴-۱۵ ساله درباره‌ی پیشگیری از ایدز است. اخیراً در برخی از بیمارستان‌های کشور از مدل EFQM برای خودارزیابی استفاده

می‌شود که نتایج آن می‌تواند نقاط قوت و ضعف جنبه‌های کیفیت خدمات را نشان دهد. این مدل، جنبه‌های ساختاری و فرایندی در قالب توانمندسازها و جنبه‌های پیامدی و در قالب نتایج مختلف می‌سنجد (۱۸). در این جا سعی شده است جمع‌بندی نتایج خودارزیابی‌های انجام شده در بیمارستان‌های کشور بر اساس این مدل ارائه گردد. شاخص‌های مرتبط با نظارت بر کیفیت خدمات موسسات ارائه‌دهنده‌ی خدمت، داده‌های موجود و مرتبط وضعیت کیفیت خدمات مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمت از دیدگاه خریدار اصلی خدمات یعنی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران است. از این رو، نتایج درجه ارزشیابی فعلی ارائه‌دهندگان خدمت طرف قرارداد سازمان به صورت خلاصه گزارش شده است. همچنین به میانگین ارقام دارویی تجویزی پزشکان و میانگین سرانه‌ی بار مراجعه به مراکز تشخیصی نیز اشاره شده است و در ادامه، با توجه به اهمیت راهنماهای مبتنی بر شواهد در ارتقای کیفیت خدمات، سعی شده است توضیح مختصری در خصوص وضعیت راهنماهای مبتنی بر شواهد در کشور ارائه شود. اشاره‌ی مختصری نیز به دو شاخص دسترسی عادلانه به خدمات، بعنوان عامل تاثیرگذار بر کیفیت خدمات شده است.

وضعیت شاخص‌های منتخب در کشور

شاخص‌های کیفیت خدمات درمان

عفونت‌های بیمارستانی: بر اساس داده‌های هشت سال گذشته، میانگین بروز عفونت‌های بیمارستانی، حدود یک درصد گزارش شده است. جدول ۲، تعداد و درصد موارد و مرگ مبتلایان به عفونت بیمارستانی؛ و جدول ۳، میزان عفونت‌های بیمارستانی را بر حسب نوع عفونت نشان می‌دهد (در مورد جراحی، احتمالاً موارد پس از ترخیص، از شمارش بیمارستان خارج شده‌اند و به همین دلیل آمار آن با اختلاف زیادی در رده سوم قرار گرفته است). شاخص عفونت‌های بیمارستانی یکی از شاخص‌های مهم رصد کیفیت خدمات درمان در کشورهای مختلف دنیا است. تفاوت بین میزان گزارش شده‌ی این شاخص در کشور ما و سایر کشورها، از جمله کشورهای توسعه یافته، نشان دهنده‌ی نیاز جدی بخش درمان کشور به مستندسازی و جمع‌آوری اطلاعات کافی و دقیق در این رابطه است.

جدول ۲. میزان عفونت‌های بیمارستانی و مرگ بر حسب سال بر اساس موارد گزارش شده در نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی

سال (تعداد بیمارستان)	تعداد عفونت بیمارستانی	درصد عفونت به تعداد بستری	تعداد مرگ مبتلایان به عفونت	درصد مرگ مبتلایان به عفونت به موارد عفونت	درصد مرگ مبتلایان به عفونت به کل مرگ در بیمارستان
۱۰۰) ۸۸	۱۵۳۸۷	۰/۹۵	۲۲۸۳	۱۴/۸۴	۵/۹۶
۱۰۰) ۸۹	۱۹۵۴۱	۱/۱۳	۲۶۹۶	۱۳/۸۰	۶/۲۰
۳۶۶) ۹۰	۳۸۶۳۵	۰/۷۳	۴۲۶۱	۱۱	۴/۸
۳۸۸) ۹۱	۵۲۰۲۸	۰/۹۲	۵۰۱۵	۹/۶	۵/۶
۳۹۴) ۹۲	۶۰۵۳۲	۱/۰۶	۴۸۴۸	۸	۴/۹

جدول ۳. میزان عفونت بیمارستانی بر حسب نوع عفونت بر اساس گزارش نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی در سال ۱۳۹۲ در ۳۹۴ بیمارستان

نوع عفونت بیمارستانی	ادراری	تنفسی	جراحی	خون	سایر	جمع
تعداد	۱۷۰۱۸	۱۴۸۰۳	۹۶۰۶	۷۴۰۰	۱۱۷۰۵	۶۰۵۳۲
درصد	۱۲۸	۲۴/۵	۱۵/۹	۱۲/۲	۱۹/۳	۱۰۰

نتیجه‌ی اقدامات درمانی بستری و سرپایی: جدول ۴، نتیجه‌ی بستری فرد در بیمارستان؛ و جدول ۵، نتیجه‌ی مراجعه و دریافت خدمات سرپایی مختلف را از دیدگاه خود فرد نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتیجه‌ی بستری شدن فرد در بیمارستان به گفته‌ی خود؛ به تفکیک محل سکونت و بیمارستان (۱۳۸۱) (۱۹)

محل سکونت و بیمارستان	بهبودی کامل	بهبودی نسبی	بدون تغییر	بدتر شدن	بستری شدن برای تشخیص
ساکن شهر	۴۷/۹	۴۱/۱	۶/۳	۲/۵	۲/۲
ساکن روستای اصلی	۵۰/۶	۳۹/۴	۵/۸	۳/۰	۱/۲
ساکن روستای قمر، سیاری و عشایری	۴۱/۷	۴۲/۹	۱۴/۳	۰/۰	۱/۲
هر بیمارستان	۴۸/۲	۴۰/۷	۶/۸	۲/۵	۱/۸

جدول ۵. نتیجه‌ی مراجعه و دریافت خدمات سرپایی بر اساس گفته‌ی خود مراجعه کننده (۱۳۸۱) (۱۹)

محل	نتیجه مراجعه	بهبودی	ادامه‌ی درمان	عدم بهبودی	خدمات بهداشتی	خدمات تشخیصی
پزشک عمومی در بخش خصوصی	۵۲/۹	۳۲/۸	۱۳/۲	-/۲	-/۹	
پزشک عمومی در بخش دولتی	۵۳/۱	۳۲/۱	۱۲/۲	۱/۵	۱/۱	
پزشک متخصص در بخش خصوصی	۳۳/۱	۵۵/۴	۸/۸	-/۳	۲/۴	
پزشک متخصص در بخش دولتی	۳۳/۳	۵۳/۳	۹/۸	-/۰	۳/۶	
دندانپزشک در بخش خصوصی	۵۸/۷	۳۱/۲	۹/۴	-/۰	-/۷	
دندانپزشک در بخش دولتی	۶۲/۰	۲۶/۰	۱۰/۰	-/۰	۲/۰	
پاراکلینیک های غیر دولتی	۳۹/۷	۲۱/۱	۶/۶	-/۴	۴۲/۲	
پاراکلینیک های دولتی	۳۱/۴	۱۹/۱	۴/۸	۲/۱	۴۲/۶	
توانبخشی غیر دولتی	۶۰/۰	۳۰/۰	۱۰/۰	-/۰	-/۰	
توانبخشی دولتی	۱۲/۵	۸۷/۵	-/۰	-/۰	-/۰	
سرپایی بخش خصوصی	۵۷/۴	۳۰/۲	۸/۳	-/۳	۳/۸	
سرپایی بخش دولتی	۵۱/۵	۲۳/۴	۷/۸	۱۲/۵	۴/۸	

کیفیت مراقبت‌های زایمان: همان‌طور که قبلاً اشاره شد، درصد انجام سزارین به علت مخاطراتی که برای مادر و کودک ایجاد می‌کند، در مراقبت‌های مادر و کودک می‌تواند به عنوان شاخص کیفیت گزارش شود. بر اساس آمار معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درصد انجام سزارین در کشور در سال‌های ۹۱ و ۹۲ به ترتیب برابر ۵۶ و ۵۴ درصد بوده است. همچنین درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در برخی از استان‌های کشور نظیر سیستان و بلوچستان، و کهگیلویه و بویر احمد به میزان قابل توجهی کمتر از سایر استان‌ها و به ترتیب ۲۹/۷ و ۱۰/۷ درصد در سال ۹۲ بوده است.

کیفیت درمان سل: جدول ۶، درصد موفقیت درمان موارد جدید سل ریوی اسمیر مثبت را به تفکیک استان نشان می‌دهد.

جدول ۶. درصد موفقیت درمان موارد جدید سل ریوی اسمیر مثبت به تفکیک استان در سال ۱۳۸۹ (۲۰)

نام استان	درصد	نام استان	درصد	نام استان	درصد	نام استان	درصد
آذربایجان شرقی	۸۳/۶	چهارمحال و بختیاری	۹۰/۹	قزوین	۷۴/۳	مازندران	۸۹/۵
آذربایجان غربی	۷۱/۶	خراسان جنوبی	۷۹/۴	قم	۹۰/۱	مرکزی	۸۸/۲
اردبیل	۹۲/۳	خراسان رضوی	۸۷/۸	کردستان	۸۲/۹	هرمزگان	۸۶/۰
اصفهان	۷۵/۵	خوزستان	۸۹/۵	کرمان	۶۵/۸	همدان	۷۴/۱
البرز	۸۱/۱	زنجان	۸۰/۰	کرمانشاه	۸۰/۰	یزد	۸۰/۰
ایلام	۷۵/۰	سمنان	۹۱/۷	کهگیلویه و بویراحمد	۷۵/۹	کل کشور	۸۳/۲
بوشهر	۶۳/۲	سیستان و بلوچستان	۸۶/۳	گیلان	۸۲/۹		
تهران	۸۲/۱	فارس	۷۷/۷	لرستان	۷۴/۵		

کیفیت خدمات اورژانس: جدول ۷، مهم‌ترین شاخص‌های کیفیت خدمات اورژانس را بر اساس اطلاعات مرکز اورژانس کشور نشان می‌دهد.

جدول ۷. شاخص‌های موجود در زمینه کیفیت خدمات اورژانس در کشور در سال ۹۲

شاخص	سنجه	متوسط کشوری	استاندارد کشوری
متوسط زمان حضور بر بالین بیمار در شهرها	دقیقه	۱۰	۸
متوسط زمان حضور بر بالین بیمار در جاده‌ها	دقیقه	۱۵	۱۴
بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت در اورژانس بیمارستان‌ها	درصد	۸	عدم وجود اطلاعات
بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت	درصد	۶	
ترک بیمار از بیمارستان یا مسئولیت و رضایت شخصی	درصد	۱	

آمادگی واحدهای بهداشتی در برابر بلایا: جدول ۸، آمادگی عملکردی واحدها را در برابر بلایا، بر اساس اطلاعات معاونت بهداشتی وزارت بهداشت نشان می‌دهد.

جدول ۸. آمادگی عملکردی واحدهای بهداشتی در برابر بلایا (درصد) به تفکیک دانشگاه در سال ۱۳۹۲

دانشگاه	درصد	دانشگاه	درصد	دانشگاه	درصد	دانشگاه	درصد
تهران	۱۸/۶	زنجان	۱۵	مشهد	۲۱/۶	فسا	۱/۸
شهرکرد	۲۶	شاهرود	۴۸	اصفهان	۱۶	بابل	۱۳
ایلام	۱۶	اهواز	۸	کاشان	۱۸	مازندران	۲۳
بوشهر	۲۳	دزفول	۶۳	کرج	۳۷	اراک	۸/۸
تهران	۱۸/۶	زنجان	۱۵	کرمان	۹/۲	بندرعباس	۵۶
شهرکرد	۲۶	شاهرود	۴۸	کرمانشاه	۴/۴	همدان	۲۲
ایلام	۱۶	اهواز	۸	بم	۸	خرم‌آباد	۲۶
بوشهر	۲۳	دزفول	۶۳	چیرفت	۱۳	رشت	۱۷
تهران	۱۸/۶	زنجان	۱۵	رفسنجان	۲۲	یراز	۱۴/۴
شهرکرد	۲۶	شاهرود	۴۸	کرمانشاه	۴/۴	کوهgiluyeh	۲۱
ایلام	۱۶	اهواز	۸	بم	۸	بندرعباس	۵۶
بوشهر	۲۳	دزفول	۶۳	چیرفت	۱۳	همدان	۲۲
تهران	۱۸/۶	زنجان	۱۵	رفسنجان	۲۲	یراز	۱۴/۴
شهرکرد	۲۶	شاهرود	۴۸	کرمانشاه	۴/۴	کوهgiluyeh	۲۱

همچنین ایمنی سازه‌ای و غیر سازه‌ای واحدهای بهداشتی کشور در برابر بلایا در سال ۹۲، به ترتیب به میزان ۱۴ و ۳۱ درصد گزارش شده است.

وضعیت بهداشت محیط مراکز ارائه دهنده خدمات: جداول ۹ و ۱۰، وضعیت بهداشت محیط واحدهای بهداشتی، درمانی را نشان می‌دهد.

جدول ۹. شاخص‌های بهداشت محیط بیمارستان‌های کل کشور (درصد) طی سال‌های ۱۳۸۵ الی ۱۳۸۹ (۲۰)

سال					شاخص
۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	بیمارستان‌های با آب مصرفی مطلوب
۹۹/۶	۹۹/۶	۹۹/۶	۹۹/۶	۹۸/۹	بیمارستان‌های با جمع‌آوری زباله مطلوب
۷۵/۵	۷۴/۱	۷۵/۴	۷۵/۲	۶۹/۴	بیمارستان‌های با سیستم جمع‌آوری فاضلاب مطلوب
۷۸/۲	۷۶/۲	۶۹/۸	۷۷	۷۶/۳	بیمارستان‌های با رختشویخانه مطلوب
۷۷/۷	۷۸/۴	۷۹/۳	۷۹/۵	۷۹	بیمارستان‌های با آشپزخانه مطلوب
۸۰/۹	۷۶/۵	۸۸/۹	۷۶/۱	۷۸/۴	بیمارستان‌های دارای کارشناس بهداشت محیط
۷۸/۷	۷۳/۹	-	-	-	

جدول ۱۰. مطلوبیت وضعیت بهداشت محیط در مراکز ارائه دهنده‌ی خدمت (درصد) بر اساس اطلاعات معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سال		واحد ارائه‌ی خدمت
۱۳۹۱	۱۳۹۲	بیمارستان‌ها
۷۵/۶	۸۳/۹	واحدهای بهداشتی درمانی شهری
۷۵/۱	۷۷/۴	واحدهای بهداشتی درمانی روستایی
۸۰/۸	۸۱/۴	

وضعیت ارائه‌ی خدمات به معلولین تحت پوشش سازمان بهزیستی: نسبت افراد معلول مشارکت‌کننده در فعالیت‌های اجتماعی به کل افراد معلول تحت پوشش بر اساس شاخص‌های اختصاصی سازمان بهزیستی کشور، ۳۷ درصد گزارش شده است.

رعایت حقوق بیمار: جدول ۱۱، زمان صرف شده برای دریافت خدمات سرپایی مختلف را نشان می‌دهد.

جدول ۱۱. زمان صرف شده برای یک فرایند مراجعه، از اقدام تا دریافت، برحسب انواع ارائه‌دهندگان خدمت (۱۹)

برای یکبار مراجعه ارائه‌دهنده‌ی خدمت	زمان صرف شده برای دریافت خدمت در نوبت (دقیقه)	زمان صرف شده برای رسیدن به محل دریافت خدمت (دقیقه)	زمان صرف شده در سالن انتظار (دقیقه)	زمان اختصاص داده شده به دریافت خدمت (دقیقه)	زمان صرف شده برای دریافت پاسخ خدمات تشخیصی (روز)
پارااکلینیک خصوصی	۰/۷	۴۰/۸	۴۰/۲	۱۲/۸	۳/۵
پارااکلینیک دولتی	۲	۳۴/۲	۳۴/۳	۱۳/۸	۹/۷
پزشک عمومی خصوصی	۱	۲۱/۸	۲۰/۵	۹/۸	
پزشک عمومی دولتی	۱	۳۶/۶	۲۵/۳	۱۳	
پزشک متخصص خصوصی	۸/۷	۵۹/۴	۸۶/۴	۲۶/۶	
پزشک متخصص دولتی	۲/۵	۵۴/۳	۵۱/۲	۳۰/۵	
دندانپزشک خصوصی	۳/۳	۴۷/۱	۳۶/۱	۲۷/۶	
دندانپزشک دولتی	۳/۶	۳۱/۹	۳۳/۳	۴۶/۹	

جدول ۱۲ و ۱۳، میزان رعایت حقوق دریافت‌کنندگان خدمات بستری و سرپایی را در کشور نشان می‌دهند.

جدول ۱۲. رعایت حقوق گیرندگان خدمات بستری در کشور، به تفکیک جنس، سکونت، محل بستری و نوع حمایت از فرد بستری شده (۱۹)

کل	محل بستری و نوع حمایت از فرد بستری شده				جنس فرد		وضعیت بیمه		محل سکونت		ویژگی‌های بستری شده	
	سایر	وابسته به وزارت بهداشت	تامین اجتماعی	خصوصی	بیمه دارد	بیمه ندارد	زن	مرد	روستا	شهر	سطوح رعایت حقوق	
۷۹/۴	۸۶/۵	۷۶/۸	۸۴/۷	۸۲/۶	۷۹/۷	۷۸	۸۰/۴	۷۸/۱	۷۹	۷۹/۶	خوب	توجه سریع
۲۰/۶	۱۳/۵	۲۳/۲	۱۵/۳	۱۷/۴	۲۰/۳	۲۲	۱۹/۶	۲۱/۹	۲۱	۲۰/۴	متوسط و کمتر	
۷۹/۲	۹۰/۵	۷۵/۵	۸۳/۲	۸۶	۷۸/۹	۸۰/۵	۷۸/۴	۸۰/۲	۷۷	۸۰/۵	خوب	رعایت شان و احترام
۲۰/۸	۹/۵	۲۴/۵	۱۶/۱	۱۴	۲۱/۵	۱۹/۵	۲۱/۶	۱۹/۸	۲۳	۱۹/۵	متوسط و کمتر	
۷۴/۹	۸۳/۸	۷۱/۳	۸۱/۸	۷۹/۸	۷۵/۲	۷۳/۵	۷۴/۷	۷۵/۱	۷۴/۳	۷۵/۲	خوب	برقراری ارتباط
۲۵/۱	۱۶/۲	۲۸/۷	۱۸/۲	۲۰/۲	۲۴/۸	۲۶/۵	۲۵/۳	۲۴/۹	۲۵/۷	۲۴/۸	متوسط و کمتر	
۶۶/۷	۷۱/۶	۶۲	۷۳/۷	۷۷/۵	۶۶/۹	۶۵/۵	۶۳/۹	۷۰/۳	۶۵/۳	۶۷/۵	خوب	درگیر شدن در تصمیم‌گیری‌ها
۳۳/۳	۲۸/۴	۳۸	۲۶/۳	۲۲/۵	۳۳/۱	۳۴/۵	۳۶/۱	۲۹/۷	۳۴/۷	۳۲/۵	متوسط و کمتر	
۸۴/۸	۸۵/۱	۸۲/۶	۹۱/۲	۸۸/۲	۸۴/۹	۸۵	۸۴/۶	۸۵/۲	۸۵	۸۴/۸	خوب	محرمانه ماندن اطلاعات
۱۵/۲	۱۴/۹	۱۸/۴	۸/۸	۱۱/۸	۱۵/۱	۱۵	۱۵/۴	۱۴/۸	۱۵	۱۵/۲	متوسط و کمتر	
۶۴	۷۱/۶	۵۹/۳	۷۱/۵	۷۳/۶	۶۳/۷	۶۵/۵	۶۱/۵	۶۷/۳	۶۲/۸	۶۴/۸	خوب	قدرت انتخاب
۲۱/۱	۲۸/۴	۴۰/۷	۲۸/۵	۲۶/۴	۲۶/۳	۳۴/۵	۳۸/۵	۳۲/۷	۳۷/۲	۳۵/۲	متوسط و کمتر	
۷۲/۶	۸۶/۵	۶۶/۳	۸۳/۲	۸۳/۱	۷۲/۵	۷۳	۷۳	۷۱/۹	۷۳/۶	۷۱/۹	خوب	کیفیت محیط اطراف
۲۷/۴	۱۳/۵	۳۳/۷	۱۶/۸	۱۶/۹	۲۷/۵	۲۷	۲۷	۲۸/۱	۲۶/۴	۲۸/۱	متوسط و کمتر	
۷۷/۳	۷۷	۷۴/۶	۸۷/۶	۸۰/۳	۷۶/۷	۸۰	۷۵/۵	۷۹/۷	۷۶/۵	۷۷/۸	خوب	حمایت اجتماعی
۲۲/۷	۲۳	۲۵/۴	۱۲/۴	۱۹/۷	۲۳/۳	۲۰	۲۴/۵	۲۰/۳	۲۳/۵	۲۲/۲	متوسط و کمتر	

جدول ۱۳. رعایت حقوق گیرندگان خدمات سرپایی در کشور به تفکیک محل سکونت، دولتی و خصوصی بودن و نوع خدمت (۱۹)

داروخانه	ماما	دندانپزشک	پزشک متخصص	پزشک عمومی	بخش دولتی	بخش خصوصی	روستائین	شهرنشین	کل	حیطه‌های هفتگانه‌ی حقوق گیرندگان خدمت	
۸۹/۱	۸۷/۷	۸۷/۶	۸۰	۸۱	۸۲/۴	۸۱/۷	۸۳/۸	۸۰/۹	۸۲/۱	خوب	توجه سریع
۱۰/۹	۱۲/۳	۱۲/۴	۲۰	۱۹	۱۷/۶	۱۸/۳	۱۶/۲	۱۹/۱	۱۷/۹	متوسط و کمتر	
۸۹/۱	۹۴/۷	۷۲/۲	۸۷/۹	۸۷/۷	۸۳/۹	۸۹/۱	۸۹/۸	۸۸/۴	۸۹	خوب	رعایت شان و احترام
۱۰/۹	۵/۳	۳۷/۸	۱۲/۱	۱۲/۳	۱۶/۱	۱۰/۹	۱۰/۲	۱۱/۶	۱۱	متوسط و کمتر	
۸۰	۸۹/۵	۶۸	۸۴/۸	۸۴/۹	۸۱/۶	۸۶	۸۸/۸	۸۴/۱	۸۵/۹	خوب	برقراری ارتباط
۲۰	۱۰/۵	۳۲	۱۵/۳	۱۵/۱	۱۸/۴	۱۴	۱۱/۲	۱۵/۹	۱۴/۱	متوسط و کمتر	
۷۲/۷	۸۰/۷	۶۱/۵	۷۴/۵	۷۴/۱	۷۳/۹	۷۵/۷	۷۷/۴	۷۶/۵	۷۶/۹	خوب	درگیر شدن در تصمیم‌گیری‌ها
۲۷/۳	۱۹/۳	۳۸/۵	۲۵/۵	۲۵/۹	۲۶/۱	۲۴/۳	۲۲/۶	۲۳/۵	۲۳/۱	متوسط و کمتر	
۷۶/۴	۹۳	۷۲/۸	۸۸/۹	۸۹/۴	۸۳/۹	۸۹/۸	۸۹/۶	۸۸/۸	۸۹/۱	خوب	محرمانه ماندن اطلاعات
۳۳/۶	۷	۳۷/۲	۱۱/۱	۱۰/۶	۱۶/۱	۱۰/۲	۱۰/۴	۱۱/۲	۱۰/۹	متوسط و کمتر	
۸۵/۵	۸۲/۵	۶۲/۱	۷۷	۷۵/۳	۶۸/۸	۷۸/۴	۷۴/۳	۷۸/۸	۷۷	خوب	قدرت انتخاب
۱۴/۵	۱۷/۵	۳۷/۹	۲۳	۲۴/۷	۳۱/۲	۲۱/۶	۲۵/۷	۲۱/۲	۲۳	متوسط و کمتر	
۸۵/۵	۷۳/۷	۶۵/۷	۷۹/۹	۷۸/۷	۷۴/۶	۸۰/۷	۸۳	۷۸/۶	۸۰/۳	خوب	کیفیت محیط اطراف
۱۴/۵	۲۶/۳	۳۴/۳	۲۰/۱	۲۱/۳	۲۵/۴	۱۹/۳	۱۷	۲۱/۴	۱۹/۷	متوسط و کمتر	

جمع بندی نتایج خودارزیابی‌های انجام شده در بیمارستان‌های منتخب کشور: یکی از کاربردی‌ترین مدل‌هایی که در سال‌های اخیر به منظور ارزیابی عملکرد کیفی بیمارستان‌های کشور به صورت داوطلبانه مورد استفاده قرار گرفته است، مدل بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت می‌باشد. این مدل، مبنای جایزه کیفیت کشور نیز بوده است. با استفاده از این مدل، چندین بیمارستان کشور موفق به دریافت گواهی‌نامه‌های مختلف جایزه کیفیت شده‌اند. مرور نظام‌مند مطالعات انجام شده نشان می‌دهد تاکنون نتایج خودارزیابی ۲۱ بیمارستان بر اساس این مدل منتشر گردیده است. در جدول ۱۴، خلاصه‌ای از مهم‌ترین نتایج این مطالعات و تجمیع آن‌ها ارائه شده است. متاآنالیز یافته‌های استخراج شده از مطالعات مورد بررسی با مدل اثر تصادفی، حاکی از آن است که در میان معیارهای نه گانه‌ی مدل EFQM، معیار منابع و مشارکت بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده است؛ برآورد تجمعی درصد امتیاز این معیار نیز از سایر معیارها بیشتر می‌باشد (۴۶/۰۲٪). همچنین در هشت مطالعه، این معیار بیشترین امتیاز را بدست آورده است. از سوی دیگر، معیار نتایج کارکنان نیز کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده است؛ به طوری که برآورد تجمعی درصد امتیاز این معیار، کمترین مقدار را در میان تمام معیارها به خود اختصاص داده است (۳۵/۳۱٪). بررسی معیارهای دارای بیشترین و کمترین امتیاز در بیمارستان‌های مورد بررسی نشان دهنده‌ی تفاوت قابل ملاحظه بین امتیازات معیارهای دسته‌ی توانمندساز و معیارهای دسته‌ی نتایج می‌باشد؛ به طوری که در اغلب بیمارستان‌ها، یکی از معیارهای حوزه‌ی توانمندساز، بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده است (در ۱۸ بیمارستان از ۲۱ بیمارستان) و یکی از معیارهای حوزه‌ی نتایج نیز کمترین امتیاز را بدست آورده است (در ۱۴ بیمارستان از ۲۱ بیمارستان). این یافته‌ها بیانگر آن است که اغلب بیمارستان‌های مورد بررسی در حوزه‌ی معیارهای توانمندساز (ساختار و فرایند)، عملکرد بهتری نسبت به حوزه‌ی نتایج داشته‌اند و عملاً این بیمارستان‌ها در دستیابی به نتایج ضعیف‌تر بوده‌اند.

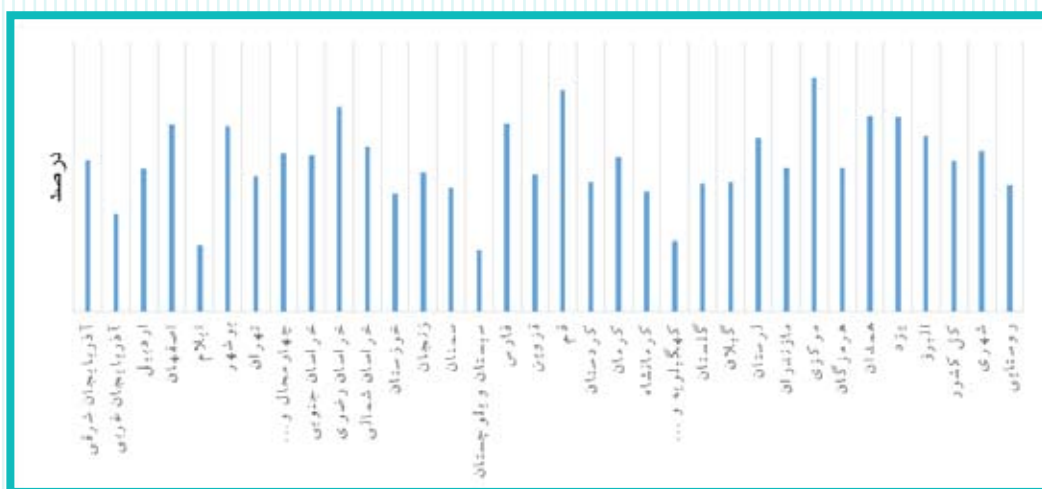
جدول ۱.۴. امتیاز هر کدام از معیارهای ۹ گانه‌ی مدل جایزه کیفیت کشور در بیمارستان‌های مورد مطالعه

نتایج	تولیدکننده	نتیجه نهایی		نتیجه عملکرد		نتیجه کلیدی عملکرد		نتیجه جامعه		نتایج کارکنان		نتایج مشتری		فرآیندها		منابع و مشارکت‌ها		کارکنان		خط مشی و استراتژی		رهبری		دیف	
		درصد	امتیاز	درصد	امتیاز	درصد	امتیاز	درصد	امتیاز	درصد	امتیاز	درصد	امتیاز	درصد	امتیاز	درصد	امتیاز	درصد	امتیاز	درصد	امتیاز	درصد	امتیاز		
۲۰۹	۳۲۸	۴۴/۷	۶۳/۷	۴۴/۰	۳۲/۴	۳۳/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۱	
۲۹۹	۳۰۰	۵۹/۹	۹۱/۵	۶۷/۰	۳۷/۸	۵۴/۰	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	۲		
۶۲	۷۰	۱۳/۰	۲۸/۳	۹/۵	۵/۷	۱۱/۳	۸/۳	۱۶/۶	۲۰/۸	۳۹/۱	۱۳/۸	۱۲/۴	۱۱/۸	۱۰/۶	۷/۱	۵/۷	۱۲/۳	۱۲/۳	۱۲/۳	۱۲/۳	۱۲/۳	۱۲/۳	۱۲/۳	۳	
۴۴۷	۲۶۹	۵۲/۰	۷۳/۵	۴۷/۰	۲۸/۲	۴۲/۳	۵۲/۰	۱۰۰/۰	۵۷/۰	۷۷/۰	۵۷/۰	۵۷/۰	۵۷/۰	۵۷/۰	۵۷/۰	۴۰/۰	۵۶/۰	۵۶/۰	۵۶/۰	۵۶/۰	۵۶/۰	۵۶/۰	۵۶/۰	۴	
۳۳۰	۳۳۲	۶۵/۲	۹۸/۶	۶۴/۶	۳۸/۲	۵۴/۵	۶۴/۳	۱۱۴/۶	۶۳/۹	۸۹/۵	۶۳/۹	۶۳/۹	۶۵/۵	۵۹/۰	۶۶/۰	۵۲/۸	۶۶/۸	۶۶/۸	۶۶/۸	۶۶/۸	۶۶/۸	۶۶/۸	۶۶/۸	۵	
۲۸۱	۳۳۴	۹۱/۵	۹۸/۹	۵۹/۵	۳۵/۷	۵۰/۸	۶۲/۷	۱۲۵/۵	۶۵/۱	۹۱/۱	۶۳/۴	۵۹/۸	۶۶/۴	۵۹/۸	۶۷/۴	۵۳/۹	۶۷/۴	۶۷/۴	۶۷/۴	۶۷/۴	۶۷/۴	۶۷/۴	۶۷/۴	۶	
۳۳۸	۳۹۱	۳۳/۸	۷۹/۵	۵۳/۰	۶۸/۰	۵۴/۰	۸۳/۰	۱۶۶/۰	۷۹/۰	۱۱۰/۶	۷۷/۰	۶۹/۳	۸۶/۰	۷۵/۶	۸۰/۰	۶۴/۰	۶۴/۰	۶۴/۰	۶۴/۰	۶۴/۰	۶۴/۰	۶۴/۰	۶۴/۰	۷	
۳۳۱	۳۳۴	۶۴/۵	۷۰/۰	۶۳/۰	۳۷/۸	۴۲/۳	۶۸/۰	۱۱۶/۰	۷۰/۰	۹۸/۰	۶۵/۰	۶۵/۰	۶۵/۰	۶۵/۰	۶۳/۰	۵۰/۴	۶۳/۰	۶۳/۰	۶۳/۰	۶۳/۰	۶۳/۰	۶۳/۰	۶۳/۰	۸	
۱۸۴	۱۸۳	۳۶/۷	۶۴/۵	۳۵/۰	۲۷/۰	۲۲/۵	۳۷/۸	۷۵/۶	۳۶/۱	۵۰/۵	۳۵/۰	۴۰/۵	۳۳/۱	۳۰/۷	۳۳/۹	۲۷/۱	۳۳/۹	۳۳/۹	۳۳/۹	۳۳/۹	۳۳/۹	۳۳/۹	۳۳/۹	۹	
۲۱۲	۲۶۰	۴۷/۲	۷۳/۲	۳۷/۱	۱۸/۷	۳۱/۴	۳۵/۰	۹۰/۰	۶۱/۱	۸۵/۵	۴۶/۱	۴۱/۵	۳۵/۳	۴۰/۸	۵۰/۶	۴۰/۵	۴۰/۵	۴۰/۵	۴۰/۵	۴۰/۵	۴۰/۵	۴۰/۵	۴۰/۵	۱۰	
۳۳۶	۲۰۴	۴۳/۶	۸۴/۴	۴۰/۶	۳۴/۴	۳۵/۲	۳۹/۱	۹۲/۳	۵۰/۰	۷۰/۰	۴۹/۵	۴۴/۶	۴۱/۴	۴۲/۷	۵۰/۲	۴۰/۲	۴۰/۲	۴۰/۲	۴۰/۲	۴۰/۲	۴۰/۲	۴۰/۲	۴۰/۲	۱۱	
۲۸۰	۳۹۳	۷۷/۳	۱۳۳/۲	۶۴/۳	۳۸۰	۶۴/۲	۷۷/۵	۱۵۵/۰	۷۶/۹	۱۰۷/۷	۸۲/۳	۷۶/۱	۷۱/۶	۶۹/۸	۷۵/۸	۶۰/۶	۸۰/۶	۸۰/۶	۸۰/۶	۸۰/۶	۸۰/۶	۸۰/۶	۸۰/۶	۱۲	
۵۷	۷۶	۱۳/۲	۱۰۰/۵	۲۸/۰	۱۶/۸	۹/۹	۱۰/۰	۲۰/۰	۱۵/۰	۲۷/۰	۱۸/۰	۱۸/۰	۹/۹	۸۹/۰	۱۶/۰	۱۶/۰	۱۶/۰	۱۶/۰	۱۶/۰	۱۶/۰	۱۶/۰	۱۶/۰	۱۶/۰	۱۳	
۱۶۲	۱۹۷	۳۵/۹	۴۶/۸	۳۳/۲	۲۸/۵	۳۳/۲	۵۲/۳	۵۲/۳	۳۳/۷	۳۳/۷	۳۳/۷	۳۳/۷	۳۳/۷	۳۳/۷	۳۳/۷	۳۳/۷	۳۳/۷	۳۳/۷	۳۳/۷	۳۳/۷	۳۳/۷	۳۳/۷	۳۳/۷	۱۴	
۰	۱۸۵	۱۸۵/۴	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۳۷/۱	۵۲/۰	۳۶/۸	۳۵/۹	۳۶/۷	۳۱/۳	۳۸/۹	۳۱/۱	۳۶/۹	۳۶/۹	۳۶/۹	۳۶/۹	۳۶/۹	۳۶/۹	۳۶/۹	۱۵	
۰	۱۸۵	۳۷/۱	۱۸۵/۴	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۰/۰	۳۷/۱	۵۲/۰	۳۶/۸	۳۵/۹	۳۶/۷	۳۱/۳	۳۸/۹	۳۱/۱	۳۶/۹	۳۶/۹	۳۶/۹	۳۶/۹	۳۶/۹	۳۶/۹	۳۶/۹	۱۶	
۴۴۳	۲۶۰	۵۰/۳	۸۳/۶	۵۷/۷	۳۰/۷	۳۱/۵	۳۸/۸	۹۷/۰	۵۰/۶	۷۰/۰	۵۶/۰	۵۰/۰	۴۷/۰	۴۲/۰	۴۲/۰	۴۲/۰	۴۲/۰	۴۲/۰	۴۲/۰	۴۲/۰	۴۲/۰	۴۲/۰	۴۲/۰	۱۷	
۲۴۰	۳۲۹	۴۷/۰	۹۰/۷	۴۱/۸	۲۵/۱	۴۲/۵	۴۰/۵	۸۱/۰	۳۸/۷	۵۴/۲	۶۰/۹	۵۴/۸	۵۲/۴	۴۷/۲	۴۰/۴	۳۷/۳	۴۰/۷	۴۰/۷	۴۰/۷	۴۰/۷	۴۰/۷	۴۰/۷	۴۰/۷	۱۸	
۲۵۸	۳۷۱	۵۲/۹	۶۶/۹	۴۵/۷	۲۷/۴	۴۲/۶	۶۰/۱	۱۲۰/۲	۵۷/۵	۸۲/۳	۴۷/۳	۴۱/۶	۴۶/۰	۴۲/۱	۵۵/۸	۴۴/۶	۵۶/۴	۵۶/۴	۵۶/۴	۵۶/۴	۵۶/۴	۵۶/۴	۵۶/۴	۱۹	
۲۹۰	۳۰۵	۵۹/۵	۸۴/۰	۵۶/۰	۳۵/۰	۴۸/۴	۶۱/۵	۱۳۷/۰	۶۶/۰	۹۲/۴	۵۵/۳	۴۹/۸	۵۵/۶	۵۰/۰	۵۹/۴	۴۷/۵	۶۵/۰	۶۵/۰	۶۵/۰	۶۵/۰	۶۵/۰	۶۵/۰	۶۵/۰	۲۰	
۲۶۵	۲۸۷	۵۵/۲	۷۳/۲	۴۶/۴	۲۷/۸	۵۱/۵	۴۶/۴	۵۸/۶	۶۱/۰	۸۵/۴	۵۲/۲	۴۷/۹	۴۵/۲	۴۵/۹	۵۸/۲	۴۶/۶	۶۱/۴	۶۱/۴	۶۱/۴	۶۱/۴	۶۱/۴	۶۱/۴	۶۱/۴	۶۱/۴	۲۱
۲۵۲/۲۶	۴۱۷/۲۷	۳۳/۵/۵۴	۵۰/۰	۵۴/۲۶	۴۱/۸۳	۳۷/۳۹	۷۵/۹۹	۳۳/۸۸	۶۰/۵	۶۶/۰۲	۴۱/۶۲	۳۸/۱۰	۳۴/۴۰	۴۰/۸۲	۳۳/۲۴	۴۲/۳۱	۴۲/۳۱	۴۲/۳۱	۴۲/۳۱	۴۲/۳۱	۴۲/۳۱	۴۲/۳۱	۴۲/۳۱	برآورد تجزیه‌ی حساسیت‌های مدل اثر تصادفی	
۹۵/۸۳	۱۰۴/۳۳	۳۳/۱۸	۱۸۷/۲۶	۱۹/۹۸	۲۹/۶۱	۱۸/۳۷	۲۱/۱۴	۳۹/۶۸	۳۴/۰	۳۳/۳۳	۲۵/۹۴	۳۳/۲۲	۲۰/۰۰	۲۳/۲۸	۱۹/۱۲	۳۳/۰۷	۳۳/۰۷	۳۳/۰۷	۳۳/۰۷	۳۳/۰۷	۳۳/۰۷	۳۳/۰۷	۳۳/۰۷	دامنه حد پایین	
۳۳۷/۱۹	۴۸۶/۲۴	۷۳/۱۳	۱۳۰/۱۶	۶۱/۶۰	۱۰۰/۱۶	۵۸/۱۴	۶۶/۱۳	۱۳۵/۵۱	۷۲/۳۳	۱۱۰/۵۰	۸۱/۶۴	۷۳/۳۱	۶۶/۲۶	۵۸/۱۶	۷۱/۵۷	۷۲/۳۶	۷۲/۳۶	۷۲/۳۶	۷۲/۳۶	۷۲/۳۶	۷۲/۳۶	۷۲/۳۶	۷۲/۳۶	تغییرات حد بالا	
۱/۶۴=Q	۲/۵=Q	۱/۷=Q	۵/۶۴=Q	۲/۵=Q	۴/۱۶=Q	۶/۱۳=Q	۴/۵=Q	۲/۷=Q	۱/۵=Q	۲/۳۸=Q	۱/۴=Q	۵/۱۳=Q	۵/۱۷=Q	۵/۱۶=Q	۵/۰=Q	۲/۴=Q	۲/۴=Q	۲/۴=Q	۲/۴=Q	۲/۴=Q	۲/۴=Q	۲/۴=Q	۲/۴=Q	۲/۴=Q	آزمون همگونی (هتروژنیته)

شاخص‌های کیفیت خدمات پیشگیری

در خصوص شاخص‌های کیفیت خدمات پیشگیری، دو شاخص مرتبط آگاهی صحیح زنان ۲۴-۱۵ ساله درباره‌ی پیشگیری از ایدز و درصد مدارس ۵ ستاره از اطلاعات موجود معاونت بهداشتی انتخاب شده و به ترتیب در نمودار ۱ و جدول ۱۵ گزارش شده است.

نمودار ۱: آگاهی صحیح زنان ۲۴-۱۵ ساله درباره‌ی پیشگیری از ایدز (۱۳۸۹) (۲۱)



جدول ۱۵. درصد مدارس پنج ستاره در استان‌ها در سال ۱۳۹۲ بر اساس اطلاعات معاونت بهداشتی

استان	درصد	استان	درصد	استان	درصد	استان	درصد
آذربایجان شرقی	۸	چهارمحال و بختیاری	-	فارس	۲۹	گیلان	۲/۸
آذربایجان غربی	۵	خراسان جنوبی	-	قزوین	-	لرستان	۸/۱
اردبیل	-	خراسان رضوی	۳	قم	۲/۱	مازندران	۴
اصفهان	۱۳	خراسان شمالی	۷/۹	کردستان	۱	مرکزی	۲
البرز	۴۲/۷	خوزستان	۴	کرمان	۸	هرمزگان	۱
ایلام	۳/۵	زنجان	۹/۶	کرمانشاه	۳/۱	همدان	۱۰
بوشهر	-	سمنان	۱	کهگیلویه و بویراحمد	۲/۶	یزد	۰/۷
تهران	۲۶	سیستان و بلوچستان	۱	گلستان	۶/۱	کشور	۸/۵

شاخص‌های مرتبط با نظارت بر کیفیت خدمات موسسات ارایه‌دهنده‌ی خدمت

داده‌های این قسمت در قالب سه بخش وضعیت مراکز ارایه‌دهنده‌ی خدمت بر حسب مجوز قانونی، میانگین تعداد اقلام دارویی پزشکان و سرانه‌ی بار مراجعه به مراکز خدمات تشخیصی (جدول ۱۶) و همچنین، نتیجه‌ی ارزشیابی مراکز و ارایه‌دهندگان مختلف توسط سازمان بیمه‌ی سلامت ایران (جداول ۱۹-۱۷) ارایه شده است. کسب مجوز قانونی برای مراکز ارایه‌ی خدمت، الزامات کیفی دارد که این مراکز باید آن را تامین کنند. برخی شواهد نشان می‌دهند که هنوز کلیه‌ی مراکز ارایه‌دهنده‌ی خدمات در کشور دارای این مجوز قانونی نیستند. بر اساس این شواهد، درصد مراکز فاقد مجوز در مورد برخی مراکز توانبخشی به ۷/۱ درصد و در برخی مراکز خدمات مختلف دندانپزشکی به ۹/۸ درصد می‌رسد (۲۲). همان طور که در جدول ۱۶ مشاهده می‌شود، میانگین تعداد اقلام دارویی برخی تخصص‌ها در بعضی از استان‌های کشور بیش از دو برابر برخی از استان‌های دیگر است. همچنین سرانه‌ی مراجعه به مراکز تشخیصی در برخی از استان‌ها بیش از پنج برابر برخی استان‌های دیگر است.

جدول ۱۶. میانگین تعداد اقلام دارویی پزشکان و سرانه‌ی بار مراجعه به مراکز خدمات تشخیصی طرف قرارداد سازمان بیمه‌ی خدمات سلامت (۲۳، ۲۴)

میانگین سرانه‌ی بار مراجعه به مراکز خدمات تشخیصی				میانگین تعداد اقلام دارویی پزشکان			
کمترین استان	بیشترین استان	میانگین شاخص	خدمت تشخیصی	کمترین استان	بیشترین استان	میانگین شاخص	تخصص
۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۰۲	آم.آر.آی	۲/۴	۳/۴	۲/۹	اطفال
۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۱	سی تی اسکن	۱/۸	۳/۸	۳/۲	داخلی
۰/۰۴	۰/۲۲	۰/۱۱	سونوگرافی	۲/۱	۳/۴	۲/۷	جراحی
۰/۰۴	۰/۲۲	۰/۰۹	رادیولوژی	۲/۱	۲/۹	۲/۴	زنان و زایمان

جدول ۱۷. وضعیت رتبه‌بندی موسسات ارایه‌ی خدمات طرف قرارداد سازمان بیمه‌ی سلامت ایران (۲۵)

شاخص	A	درصد	B	درصد	C	درصد	جمع کل
وضعیت رتبه‌بندی موسسات تشخیصی درمانی طرف قرارداد (کشور)	۳۹۶۰	۷۷	۱۱۱۳	۲۲	۸۴	۲	۵۱۵۷
وضعیت رتبه‌بندی پزشکان عمومی طرف قرارداد	۹۸۷	۷۹	۲۴۵	۲۰	۸	۱	۱۲۵۰
پزشکان متخصص طرف قرارداد	۱۰۹۸	۷۷	۲۹۶	۲۱	۲۸	۲	۱۴۲۲
دندانپزشکان عمومی طرف قرارداد	۲۸۷	۸۱	۶۳	۱۸	۵	۱	۳۵۵
داروخانه‌های طرف قرارداد	۶۲۱	۷۱	۲۴۰	۲۷	۱۵	۲	۸۷۶
آزمایشگاه‌های طرف قرارداد	۱۳۴	۷۳	۴۸	۲۶	۲	۱	۱۸۴
مراکز توانبخشی طرف قرارداد	۲۹۶	۸۰	۷۲	۱۹	۴	۱	۳۷۲
مراکز جراحی محدود طرف قرارداد	۲۴	۵۲	۲۲	۴۸	۰	۰	۴۶
بیمارستان‌های طرف قرارداد مستقل	۶۸	۶۴	۳۸	۳۶	۱	۱	۱۰۷

جدول ۱۸. تعداد تخت فعال طرف قرارداد سازمان بیمه‌ی سلامت ایران به تفکیک درجه‌ی ارزشیابی فعلی بیمارستان و میانگین ارزشیابی (۲۵)

درجه ۱	درصد	درجه ۲	درصد	درجه ۳	درصد	درجه ۴	درصد	جمع	میانگین ارزشیابی
۸۴۹۵۹	۸۲	۱۶۷۳۲	۱۶	۱۸۷۷	۲	۲۲۰	۰	۱۰۳۷۸۸	۱/۲

جدول ۱۹. تعداد بیمارستان‌های طرف قرارداد سازمان بیمه‌ی سلامت ایران به تفکیک درجه‌ی ارزشیابی فعلی و میانگین ارزشیابی در هر

استان (۲۵)

رتبه میانگین	میانگین	جمع	درصد	درجه ۴	درصد	درجه ۳	درصد	درجه ۲	درصد	درجه ۱	نام استان
۲۳	۱/۶	۴۳	۰	۰	۹	۴	۴۲	۱۸	۴۹	۲۱	آذربایجان شرقی
۲۵	۱/۷	۳۰	۳	۱	۱۳	۴	۳۷	۱۱	۴۷	۱۴	آذربایجان غربی
۲۱	۱/۶	۱۵	۷	۱	۷	۱	۲۷	۴	۶۰	۹	اردبیل
۱۳	۱/۳	۶۱	۲	۱	۲	۱	۲۵	۱۵	۷۲	۴۴	اصفهان
۶	۱/۱	۱۵	۰	۰	۰	۰	۱۳	۲	۸۷	۱۳	البرز
۲۴	۱/۷	۱۱	۰	۰	۰	۰	۷۳	۸	۲۷	۳	ایلام
۲۸	۱/۸	۱۴	۰	۰	۲۹	۴	۲۱	۳	۵۰	۷	بوشهر
۷	۱/۱	۱۰۰	۰	۰	۱	۱	۱۲	۱۲	۸۷	۸۷	تهران
۱۱	۱/۳	۸	۰	۰	۰	۰	۲۵	۲	۷۵	۶	چهارمحال و بختیاری
۲۷	۱/۸	۹	۰	۰	۱۱	۱	۵۶	۵	۳۳	۳	خراسان جنوبی
۱۷	۱/۴	۵۷	۲	۱	۷	۴	۲۵	۱۴	۶۷	۳۸	خراسان رضوی
۱۰	۱/۲	۹	۰	۰	۰	۰	۲۲	۲	۷۸	۷	خراسان شمالی
۱۶	۱/۴	۴۹	۰	۰	۶	۳	۳۱	۱۵	۶۳	۳۱	خوزستان
۴	۱/۱	۱۳	۰	۰	۰	۰	۸	۱	۹۲	۱۲	زنجان
۵	۱/۱	۱۰	۰	۰	۰	۰	۱۰	۱	۹۰	۹	سمنان
۱۵	۱/۴	۱۸	۰	۰	۶	۱	۲۸	۵	۶۷	۱۲	سیستان و بلوچستان
۱۴	۱/۳	۶۵	۰	۰	۲	۱	۳۱	۲۰	۶۸	۴۴	فارس
۱	۱/۰	۱۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱۳	قزوین
۱	۱/۰	۱۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱۰	قم
۲۰	۱/۶	۱۶	۰	۰	۰	۰	۵۶	۹	۴۴	۷	کردستان
۸	۱/۲	۲۹	۰	۰	۰	۰	۲۱	۶	۷۹	۲۳	کرمان
۲۹	۱/۹	۲۳	۰	۰	۱۳	۳	۶۱	۱	۲۶	۶	کرمانشاه
۱	۱/۰	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۰	کهگیلویه و بویراحمد
۱۹	۱/۵	۲۲	۰	۰	۵	۱	۳۶	۸	۵۹	۱۳	گلستان
۳۰	۱/۹	۳۰	۰	۰	۲۳	۷	۴۳	۱۳	۳۳	۱۰	گیلان
۳۱	۱/۹	۲۲	۰	۰	۳۲	۷	۲۷	۶	۴۱	۹	لرستان
۱۲	۱/۳	۴۲	۰	۰	۲	۱	۲۴	۱۰	۷۴	۳۱	مازندران
۲۶	۱/۷	۱۹	۰	۰	۱۶	۳	۴۲	۸	۴۲	۸	مرکزی
۱۸	۱/۵	۲۰	۵	۱	۰	۰	۳۰	۶	۶۵	۱۳	هرمزگان
۲۱	۱/۶	۲۰	۰	۰	۵	۱	۵۰	۱۰	۴۵	۹	همدان
۹	۱/۲	۱۹	۰	۰	۰	۰	۲۱	۴	۷۹	۱۵	یزد
۰	۱/۴	۸۱۷	۱	۵	۶	۴۸	۲۸	۲۳۲	۶۵	۵۳۲	کل کشور

وضعیت تهیهی راهنماهای مبتنی بر شواهد در بخش سلامت

دفتر "ارزیابی فناوری سلامت، تدوین استاندارد و تعرفه" به عنوان یکی از دفاتر معاونت درمان وزارت بهداشت از سال ۱۳۸۹ تاسیس شد. کارکرد در نظر گرفته شده برای دو اداره‌ی آن، یعنی "اداره‌ی استانداردسازی و تدوین راهنمای بالینی" و "اداره‌ی ارزیابی فناوری سلامت" ارتباط ویژه‌ای با کیفیت خدمات سلامت در کشور دارد. اداره‌ی استانداردسازی و تدوین راهنمای بالینی، دارای رسالت تهیهی شواهد علمی برای کلیه‌ی خدماتی است که در نظام سلامت ایران ارایه می‌شوند. نوع و تعداد محصولات دانشی این اداره در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۲۰. وضعیت تولید راهنماهای بالینی، سیاست‌های بالینی و استاندارد خدمت بر اساس آمار دفتر ارزیابی فناوری سلامت، تدوین

استاندارد و تعرفه، ۱۳۹۳

استاندارد خدمتی	سیاست بالینی	راهنمای بالینی	نوع محصول دانشی
۱۲۰	۱۵	۲۰	تعداد تولید شده تاکنون

استانداردهای تدوین شده، مربوط به حوزه‌های رادیولوژی فک و دهان و صورت، ناباروری، بینایی‌سنجی، مامایی، مراقبت‌های ویژه، پلاسمافرزیس، رادیوتراپی، تغذیه، پت اسکن، طب سنتی، توانبخشی قلبی، ناباروری و طب سوزنی می‌باشد. فعالیت‌های ارزیابی فناوری‌های سلامت از سال ۱۳۸۶ در دبیرخانه‌ای در وزارت بهداشت آغاز شد و از ابتدای سال ۱۳۸۹، اداره‌ی ارزیابی فناوری سلامت در دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه‌ی سلامت، فعالیت خود را با ساختاری جدید از سر گرفت. درخواست انجام ارزیابی فناوری، به طور عمده از جانب نهادهایی نظیر سازمان غذا و دارو، اداره‌ی کل تجهیزات پزشکی، کمیسیون ماده‌ی بیست، و شرکت‌های خصوصی صورت می‌گیرد. نحوه‌ی انتخاب فناوری‌ها به منظور انجام مطالعات ارزیابی فناوری سلامت، بر اساس اصولی نظیر میزان بار بیماری مرتبط با فناوری، جمعیت تحت تأثیر و شدت بیماری مرتبط اولویت‌بندی می‌گردد. تاکنون ۲۲ گزارش پروژه‌ی ارزیابی فناوری سلامت تهیه و در اختیار سیاست‌گذاران قرار داده شده است. تعداد ۳۶ فناوری نوین دیگر نیز به منظور انجام مطالعات ارزیابی فناوری سلامت از طریق مؤسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت به پژوهشگران سپرده شده است. این اداره بر روی محصولاتی نظیر ارزیابی‌های سریع برخی از فناوری‌ها و گزارش کوتاه شناخت فناوری نیز مطالعه می‌کند. ارزیابی فناوری سلامت در کشور حوزه‌ی جدیدی است و لذا مشکلات خاص خود را دارد. از جمله مهم‌ترین این مشکلات، می‌توان به مواردی نظیر فهم ضعیف از نحوه‌ی استفاده از نتایج ارزیابی فناوری سلامت در کشور، دانش اندک در خصوص نحوه‌ی انجام پروژه‌ها در کشور، فشارهای سیاسی و لابی گروه‌ها، همراه نبودن کلیه‌ی ذی‌نفعان موضوع در کشور و عدم ارتباط‌های نظام‌مند و شبکه‌ای بین پژوهشگران این عرصه اشاره کرد.

نیم‌نگاه به دسترس‌ی عادلانه به خدمت و تاثیر آن بر کیفیت

همان‌طور که در تعریف سازمان جهانی بهداشت از کیفیت آمده است، دسترسی عادلانه به خدمات، بر کیفیت خدمات تاثیر می‌گذارد. به علت محدودیت بحث، از ورود عمیق به این جنبه خودداری شده و تنها به ذکر دو شاخص در این رابطه اکتفا می‌شود. جدول ۲۱، پراکندگی میانگین شاخص پزشک متخصص به جمعیت را نشان می‌دهد.

جدول ۲۱. میانگین شاخص پزشک متخصص به جمعیت (صد هزار نفر) در بیمارستان‌های دولتی کشور و پراکندگی آن در استان‌ها در سال

۱۳۸۹ (۳۶)

تخصص	میانگین شاخص	بیشترین استان	کمترین استان
اطفال	۱/۷۲	۲/۶۶	۱/۰۲
داخلی	۱/۴۵	۲/۹۷	۰/۹۲
جراحی عمومی	۱/۰۷	۱/۶۴	۰/۶۷
زنان و زایمان	۱/۶۱	۲/۴۷	۱/۰۶

همچنین تعدیل تعداد تخت‌های بیمارستانی با تعداد جمعیت در کل کشور و هر یک از استان‌ها نشان می‌دهد متوسط تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر یک هزار نفر جمعیت در کل کشور حدود ۱/۶ تخت بوده است که دامنه‌ی تغییرات متناظر آن در استان‌های کشور بین حداکثر ۲/۵ تخت در استان یزد و حداقل ۰/۹ تخت در استان کهگیلویه و بویر احمد می‌باشد (۲۷).

تحلیل اسناد بالادستی و برنامه‌های کیفیت خدمات سلامت از گذشته تا کنون در ایران

در این بخش، نتیجه‌ی مرور و تحلیل اسناد بالادستی مرتبط با موضوع (نقشه‌ی جامع علمی سلامت کشور، نقشه‌ی تحول در نظام سلامت، قانون برنامه‌ی چهارم توسعه، قانون برنامه‌ی پنجم توسعه و سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی توسط مقام معظم رهبری) به صورت خلاصه ذکر شده است. به طور کلی، جهت‌گیری‌های اسناد بالادستی در زمینه‌ی ابعاد کیفیت به شرح زیر قابل ذکر می‌باشد:

الف) بعد ساختاری کیفیت خدمات: در این بعد از کیفیت، جهت‌گیری‌های زیر قابل اشاره می‌باشد:

||||| **تولیت کیفیت خدمات:** در این خصوص، دولت متولی ارتقاء، حفظ و ارایه‌ی کیفیت در بالاترین حد ممکن و مسئول اطمینان از بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات سلامت با کیفیت معرفی شده است.

||||| **انتخاب مدل‌های مناسب جهت ارتقای کیفیت خدمات:** در این خصوص، به استفاده از مدل‌های جامع و بومی کردن آن‌ها (نظیر حاکمیت بالینی)، مبتنی بر دانش و نوآوری مدل‌ها و روش‌ها، اجرای مدل‌ها در سطح تمام مراکز ارایه‌دهنده‌ی خدمت، سنجش و تدوین استانداردها و هدف گذاری آن‌ها در سطح استانداردهای جهانی اشاره شده است.

||||| **ارتقای نیروی انسانی:** در این رابطه، لزوم تحول نظام آموزشی کشور جهت تحقق ارایه‌ی خدمات کیفی در سطوح مختلف نظام سلامت، تخمین و برنامه‌ریزی کمی و کیفیت نیروی انسانی تربیت شده و تدوین استانداردهای مربوطه مورد تاکید قرار گرفته است.

||||| **افزایش منابع مالی جهت کیفیت:** در اسناد، به افزایش سهم سلامت متناسب با ارتقای کیفیت در ارایه‌ی خدمات اشاره شده است.

||||| **تعریف مناسب خدمات پایه:** یکی از آفت‌های کیفیت خدمات، شفاف نبودن خدمات بسته‌ی پایه و مکمل است که این موضوع، بخصوص به کیفیت خدمات پایه لطمه وارد می‌کند. این نگرانی در اسناد بالادستی مورد توجه قرار گرفته است و بر "ارایه‌ی خدمات فراتر از بیمه‌ی پایه توسط بیمه‌ی تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های شفاف به گونه‌ای که کیفیت ارایه‌ی خدمات پایه‌ی درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد" تاکید شده است.

||||| **کیفیت محصولات سلامت:** دسترسی آحاد مردم به داروهای مؤثر و با کیفیت، تضمین کیفیت، اثربخشی و ایمنی داروهای موجود، تقویت گزارش دهی و نظارت مؤثر بر کیفیت محصولات، تقویت زیرساخت های لازم برای تولید فرآورده ها و مواد اولیه ی دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین المللی، توسعه ی سامانه ی نظارت بر کیفیت محصولات پزشکی و ارتقای کیفیت محصولات پزشکی تولید داخل قابل مقایسه با استانداردهای جهانی، از مهم ترین جهت گیری های اسناد بالادستی در این بخش است.

||||| **زیرساخت برای کیفیت خدمات خاص:** در این خصوص، به ایجاد زیرساخت برای ارایه ی خدماتی نظیر اورژانس پیش بیمارستانی با کیفیت قابل قبول در تمام کشور اشاره شده است.

||||| **پرداخت مبتنی بر کیفیت:** در اسناد بالادستی به سوق دادن نظام پرداخت به سمت بهبود کیفیت خدمات تاکید شده است.

||||| **سازمان های اعتبار دهنده ی کیفیت:** در این رابطه، بر شکل گیری سازمان های اعتبار دهنده و گواهی دهنده ی کیفیت در حوزه سلامت، جهت بهبود تخصیص منابع مالی تاکید شده است.

(ب) بعد فرایندی کیفیت خدمات: اسناد بالادستی در این بعد کیفیت، به جهت گیری های زیر اشاره داشته اند:

||||| **استفاده از مدل های مناسب:** در بعد ساختاری، به ویژگی های مدل انتخابی اشاره گردید؛ در این قسمت بر استفاده از چنین مدلی تاکید شده است.

||||| **باز خورد به ذی نفعان:** نکته ی قابل توجه در این خصوص، تاکید بر "افزایش اطلاع رسانی به جامعه در خصوص کیفیت ارایه ی خدمات" است.

(ج) بعد پیامدی کیفیت خدمات: در این بعد کیفیت، اسناد بالادستی به جهت گیری های زیر اشاره داشته اند:

||||| **میزان مطلوب نتایج:** در این خصوص به تراز جهانی استانداردسازی فعالیت ها، ارتقای کیفیت و تحقق شاخص های هدف تاکید شده است.

||||| **الزام سنجش نتایج:** در این بخش به اهمیت "سنجش کیفیت عملکرد در حوزه ی سلامت" اشاره شده است.

||||| **تاکید بر اهمیت نتایج خاص:** تعالی کیفیت و ایمنی خدمات اعم از خدمات تشخیصی، مراقبت ها، دارو، توسعه ی کیفی بیمه های بهداشتی و درمانی و توسعه ی کیفیت مراقبت های بهداشتی و تغذیه ای در شبکه های بهداشتی درمانی از جمله موارد موکد اسناد بالادستی در زمینه ی تاکید بر اهمیت نتایج خاص بوده است. جدول ۲۲، تحلیل اسناد بالادستی را در ابعاد ساختار، فرایند و پیامد کیفیت خدمات سلامت نشان می دهد.

جدول ۲۲. تحلیل اسناد بالادستی در ابعاد ساختار، فرایند و پیامد کیفیت خدمات سلامت

مفاهیم استخراج شده از اسناد بالادستی	بعد کیفیت
<ul style="list-style-type: none"> - تولید کیفیت - انتخاب مدل‌های مناسب - ارتقای نیروی انسانی - افزایش منابع مالی جهت کیفیت - تعریف مناسب خدمات پایه - کیفیت محصولات سلامت - پرداخت مبتنی بر کیفیت - زیرساخت برای کیفیت خدمات خاص - سازمان‌های اعتبار دهنده کیفیت 	ساختار
<ul style="list-style-type: none"> - استفاده از مدل‌های مناسب - بازخورد به ذی‌نفعان 	فرایند
<ul style="list-style-type: none"> - میزان مطلوب نتایج - الزام سنجش نتایج - تاکید بر اهمیت نتایج خاص 	پیامد

در برنامه‌ی پنجم توسعه، جهت پایش دستیابی به اهداف برنامه، بر شصت شاخص کلی تمرکز شده است. برخی شاخص‌های مناسب در این بخش، برای رصد کیفیت خدمات سلامت عبارتند از: مرگ ناشی از سکته‌های قلبی تا یک ماه پس از حمله‌ی قلبی، میزان مرگ ناشی از سکته‌های قلبی زیر ۷۰ سال به کل مرگ ناشی از سکته‌های قلبی، کاهش بروز بیماری دیابت در افراد پیش‌دیابتی، افزایش آگاهی گروه‌های در معرض خطر و بیماران در ارتباط با بیماری‌ها.

برنامه‌های مهم مدیریت کیفیت خدمات سلامت از گذشته تاکنون: جدول ۲۳، رویدادها و برنامه‌های مهم کشوری تاثیرگذار بر کیفیت در بخش سلامت را نشان می‌دهد. این رویدادها از سال ۱۳۷۶ با شکل‌گیری ضوابط و استانداردهای ارزشیابی بیمارستانی ذکر شده‌اند. نکته‌ی قابل اشاره در خصوص این برنامه‌ها این است که عمده‌ی آن‌ها بعد از معرفی و استفاده‌ی چند ساله در بخش‌های مختلف، تقریباً کنار گذاشته شده و بدون بهره‌گیری کامل از آن‌ها، از برنامه‌ی جدیدتری برای مدیریت کیفیت خدمات استفاده شده است

جدول ۲۳. رویدادهای مهم مدیریت کیفیت خدمات سلامت در کشور

سال	برنامه‌ی اجرا شده
۱۳۷۶	شکل‌گیری ضوابط و استانداردهای ارزشیابی بیمارستانی در معاونت درمان و داروی وزارت بهداشت و بیمارستان‌ها
۱۳۷۸	آغاز استفاده از استانداردهای ایزو در برخی بیمارستان‌ها و سایر مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت در کشور
۱۳۷۸	ایجاد دبیرخانه‌ی کشوری ارتقای کیفیت/ استفاده از روش FOCUS-PDCA بر اساس فلسفه‌ی TQM (مدیریت جامع کیفیت) خصوصاً در معاونت‌های بهداشتی
۱۳۸۰	برگزاری اولین همایش مدیریت کیفیت در بخش سلامت
۱۳۸۲	آغاز استفاده از مدل EFQM در برخی از بیمارستان‌های کشور
۱۳۸۳	سنجش و ارتقای شاخص‌های کیفی در ارزشیابی‌ها در معاونت درمان و داروی وزارت و بیمارستان‌های مرتبط
۱۳۸۸	اجرای برنامه‌ی حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های کشور
۱۳۸۹	استفاده از مدل EFQM ارزیابی عملکرد در برخی معاونت‌های بهداشتی کشور
۱۳۸۹	آغاز طرح بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار در ۱۰ بیمارستان در سطح کشور
۱۳۹۰	برگزاری اولین جشنواره‌ی حاکمیت بالینی در سطح کشور
۱۳۹۱	آغاز ارزیابی بیمارستان‌ها بر اساس استانداردهای نوین اعتباربخشی بیمارستان در کشور
۱۳۹۳	آغاز طرح تحول نظام سلامت با تمرکز برخی از بسته‌های آن بر روی افزایش کیفیت خدمات

در ادامه به برخی موارد تاثیر آخرین رویداد مرتبط با کیفیت، یعنی طرح تحول سلامت بر کیفیت خدمات اشاره شده است.

ارتقای کیفیت خدمات درمانی در طرح تحول نظام سلامت

در برنامه‌ی تحول نظام سلامت، هشت بسته‌ی اجرایی ارائه شده است. در محتوای این بسته‌ها، به کرات به موضوع ارتقای کیفیت خدمات درمانی پرداخته شده است و در این میان، بسته‌های برنامه‌ی ترویج زایمان طبیعی، ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی، بیشتر از بقیه بر موضوع ارتقای کیفیت خدمات درمانی تمرکز کرده‌اند.

ارتقای کیفیت و بسته‌ی ترویج زایمان طبیعی: راهبردهای اصلی ارتقای کیفیت زایمان طبیعی در این برنامه شامل آموزش مادران، توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمت، تدوین استانداردهای نیروی انسانی، تجهیزات، فضای فیزیکی، تدوین استانداردهای آرایه‌ی خدمات مامایی و زایمان طبیعی و ترویج زایمان طبیعی هستند. همچنین به منظور خوشایندسازی فرایند زایمان و حفظ حریم خصوصی مادر باردار و فراهم سازی امکان حضور همراه آموزش دیده در کنار مادر، بیمارستان‌های دولتی مکلف هستند شرایط فیزیکی اتاق زایمان را به صورت واحدهای تک نفره با مراقبت یک به یک فراهم سازند. طبق این دستورالعمل، جهت بهینه‌سازی فضای فیزیکی اتاق زایمان، به بیمارستان‌های مجری، برای ایجاد واحد تک نفره در بلوک زایمان، بودجه تخصیص خواهد یافت.

بسته‌ی ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی: این بسته، شاید مهم‌ترین بسته در راستای جلب رضایت بیماران از خدمات بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی باشد. در محتوای این بسته اشاره شده است که رضایت بیمار نمی‌تواند صرفاً با آرایه‌ی خدمات حرفه‌ای محقق شود؛ بلکه سهم عمده‌ی این رضایتمندی، متأثر از کیفیت و تنوع خدمات هتلینگ و رفتار کارکنان بیمارستان‌ها می‌باشد. هفت محور اصلی بسته‌ی ارتقای کیفیت هتلینگ، شامل ساختمان و تاسیسات، تجهیزات و امکانات، خدمات رفاهی، خدمات نظافت و بهداشت، تغذیه‌ی بیمار، امور اداری و گردش کار و در نهایت منابع انسانی است.

بسته‌ی ارتقای کیفیت خدمات ویزیت سرپایی در بیمارستان‌های دولتی: از جمله موارد مرتبط با کیفیت خدمات سرپایی در این بسته می‌توان به ویزیت حداکثر هشت بیمار در ساعت، رعایت استانداردهای ویزیت شامل ثبت دقیق شرح حال و معاینه فیزیکی، بررسی و ثبت یافته‌های پاراکلینیکی توسط پزشک، ثبت و آموزش برنامه‌ی درمان و نحوه مصرف داروهای تجویزی اشاره نمود.

ارتقای کیفیت و بسته‌ی حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم: بسته‌های حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی، دو دستورالعملی هستند که با هدف افزایش دسترسی بیماران به پزشکان متخصص در مناطق مختلف کشور و در نهایت ارتقای کیفیت خدمات درمانی طراحی شده‌اند.

ارتقای کیفیت با بسته‌ی حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی: این بسته نیز با هدف حضور ۲۴ ساعته‌ی پزشکان مقیم در بیمارستان‌ها و ایجاد امکان پاسخگویی سریع به نیازهای بیماران اجرا شده است. آرایه‌ی به موقع خدمات، پاسخگویی ۲۴ ساعته مراکز آموزشی-درمانی، تعیین تکلیف بیماران توسط متخصص مربوطه در بخش اورژانس در حداقل زمان ممکن، انجام به موقع ویزیت بیماران، اعمال جراحی و رویه‌های اورژانسی و افزایش رضایتمندی مردم از اهداف اختصاصی این بسته می‌باشد.

چالش‌های کیفیت خدمات سلامت در ایران و روندهای تاثیرگذار آن

در این بخش، به چالش‌های کیفیت خدمات سلامت از دو بعد اشاره شده است: در بعد اول، برخی مشکلات در سطوح مختلف خدمتی در ابعاد ساختاری، فرایندی و پیامدی موثر بر کیفیت خدمات قابل ذکر هستند و در بعد دوم، برخی چالش‌ها در زمینه‌ی تسری مدل‌های

مدیریت کیفیت در سطوح مختلف خدمتی قابل ذکر می‌باشند. در ادامه نیز به برخی از چالش‌های مرتبط با کیفیت خدمات در طرح تحول نظام سلامت اشاره شده است. در جدول ۲۴، به چالش‌هایی که در سطوح مختلف خدمتی در ابعاد ساختاری، فرایندی و پیامدی وجود داشته و مانع ارتقای کیفیت خدمت می‌شود اشاره شده است.

جدول ۲۴. چالش‌های موجود در سطوح مختلف خدمتی در ابعاد ساختاری، فرایندی و پیامدی

سطح خدمت	برخی چالش‌های کیفیت خدمات ^۴
خدمات ارتقای سلامت	نگاه ضعیف سطوح ارشد به این سطح و در نتیجه تخصیص امکانات کمتر به آن، ضعف در انجام کار گروهی بخصوص در این سطح، ضعف در استمرار و پیگیری جدی فعالیت‌ها، به روز و مستند و معتبر نبودن قوانین مرتبط، ضعف در زیرساخت‌های مورد نیاز، پیچیده بودن اندازه‌گیری کیفیت خدمات در این سطح، عدم توافق در مورد شاخص‌های کیفیت این خدمات، فقدان سازوکار جامع جهت نظارت بر کیفیت این خدمات، فقدان سیستم تنظیم مقررات پاداش و تنبیه برای عملکرد قوی و ضعیف
مراقبت‌های اولیه سلامت	فقدان مدل به روز برای ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه، وجود قوانین و مقررات متعدد، وجود تضاد در برخی برنامه‌ها، تفسیرهای مختلف از قانون و مقررات موجود، هماهنگی ضعیف بین فعالیت‌ها، تطبیق ضعیف برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه با امکانات موجود، کم رنگ بودن خودمراقبتی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، عدم پاسخگویی به نیازهای جدید مراقبتی، ضعف در تعریف وظایف حرفه‌های مختلف، عدم استفاده از پرونده‌ی سلامت الکترونیک بیمار، فقدان ابزار مناسب جهت ارزشیابی کیفیت مراقبت‌ها، ادغام برنامه‌های جدید در نظام شبکه بدون حذف یا تعدیل برنامه‌های قدیمی، تغییر مداوم برنامه‌ها با تغییر مسئولین وزارتخانه، فقدان بسته‌ی خدمتی برای حاشیه نشینان، فقدان نظام مراقبت برای بسیاری از برنامه‌های نظام شبکه، فقدان تحلیل اقتصاد سلامت در مورد قیمت گذاری و سهمیه‌بندی خدمات، فقدان بازاریابی اجتماعی در مورد خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه در شهرها، ضعف در جلب مشارکت جامعه در ایجاد محیط حامی سلامت، ضعف در نظام ثبت آمار خدمات و پیامدهای سلامت، ضعف نظام نظارت و ارزیابی، فقدان شاخص‌ها و استانداردهای کمی و کیفی مورد توافق، کمبود ارزیاب خبره، فقدان برنامه‌ی اقدامات تنظیمی جهت تشویق و تنبیه، عدم ارزیابی بازخورد سازنده از نتایج ارزیابی، افت انگیزه‌ی کارکنان بهداشتی در نتیجه‌ی افزایش بار کاری و فقدان برنامه‌های مشخص جهت هدایت عملیات در سطوح بالاتر، ارتباط ضعیف نظام آموزش نیروی انسانی با نیازهای نظام ارائه‌ی خدمت، به روز نبودن بسته‌ی خدمتی، لزوم افزایش جذابیت فعالیت در بخش پیشگیری و ارتقای سلامت، لزوم حرکت به سمت ایجاد و بکارگیری پزشکی از راه دور، لزوم ایجاد و بکارگیری مراقبت در منزل ^۵
مراقبت‌های درمانی سرپایی	آموزش درمان بستری در بیمارستان‌های تخصصی به پزشکان عمومی و توجه اندک به آموزش درمان سرپایی، توزیع نامناسب نیروی های انسانی ارائه دهنده‌ی خدمت، توزیع نامناسب درمانگاه‌ها و کلینیک‌ها، ضعف در وضعیت فضا و تجهیزات مراکز سرپایی ارائه دهنده‌ی خدمت، ضعف در تدوین راهنماهای بالینی و استفاده از آن‌ها، ارجاعات نابجا و غیر ضروری، سردرگمی و اتلاف وقت بیمار، ایجاد تقاضای القایی، ضعف در پاسخگویی به نیازهای غیر بالینی، فقدان نظارت جامع بر رعایت استانداردها در خدمات سرپایی، ناتوانی سیستم در پیگیری بیمار
مراقبت‌های درمانی بستری	توزیع نامناسب نیروی انسانی ارائه دهنده‌ی خدمت، توزیع نامناسب تخت‌های بیمارستانی در کشور، کمبود تخت برای برخی بیماران، ضعف در تعریف و استفاده از راهنماهای بالینی، وجود قابل توجه عفونت‌های بیمارستانی و نبود آمار آن، ارائه‌ی خدمات غیر ضروری، خطاهای پزشکی، گسترش غیر منطقی بیمارستان‌های خیلی کوچک و با هزینه‌ی زیاد، عدم ارتباط ساختارمند و معنادار بخش دولتی و خصوصی، فقدان نظام ارجاع واقعی، کمبود در برخی گروه‌های نیروی انسانی، عدم پاسخگویی مناسب نظام آموزشی به نیازهای واقعی سیستم، عدم ایفای نقش مناسب بیمه‌ها در نظارت بر کیفیت خدمات، ضعف در مدیریت علمی بیمارستان‌ها
مراقبت‌های بازتوانی	بیشتر چالش‌های مطرح شده در بخش بستری را دارا می‌باشد، ضعف در بسترسازی آمادگی روانی خانواده‌ی بیمار برای مواجهه با موضوع، عدم انسجام و بخش بخش بودن آن و نبود ارتباط با بخش سرپایی، ضعف در انجام پیگیری بیمار، عدم وجود راهنماهای اولیه‌ی خدمات بازتوانی، وجود تقاضای القایی، نبود تعرفه‌های دقیق و رسمی، کنار گذاشتن و نپذیرفتن روش‌های جایگزین مانند طب سوزنی، ماساژ درمانی، آب درمانی در نظام بیمه‌ای، به صورت ساختارمند
مراقبت‌های تسکینی	نبود اطلاعات دقیق در مورد وضعیت دقیق نیروهای آموزش دیده و امکانات در دسترس، توجه اندک سیاست‌گذاران و تصمیم گیران سلامت بر اهمیت این موضوع تاکنون، نبود تعریف دقیق بسته‌ی خدمتی و شناسنامه استاندارد طب تسکینی برای سیستم بهداشت و درمان، تداخلات عملکردی بین رشته‌ای، اطلاع‌رسانی ضعیف در شناساندن طب تسکینی به گروه‌های مختلف، کمبود نیروی متخصص در سه حوزه‌ی پرستاری سرطان، تغذیه‌ی سرطان و بحث‌های معنوی و حمایتی از بیماران سرطانی، فرسودگی شغلی گروه‌های ارائه دهنده‌ی خدمت به بیماران مرتبط

ارتقای کیفیت خدمات، نیازمند تبعیت از مدل‌هایی جامع برای ایجاد انسجام در فعالیت‌های بهبود کیفیت است. همان‌طور که در جدول ۲۳ ذکر شده است، بخش سلامت کشور، تجربه‌ی استفاده از مدل‌های مختلف ارتقای کیفیت بخصوص در بخش درمان را دارد

اما در استفاده از آن‌ها مشکلات جدی داشته است که در جدول ۲۵ به برخی از آن‌ها اشاره شده است.

جدول ۲۵. چالش‌های موجود در زمینه‌ی استفاده از مدل‌های مدیریت کیفیت در سطوح مختلف خدمتی

چالش‌ها	مفهوم
<ul style="list-style-type: none"> - تعهد پایین مدیران - آشنا نبودن با مفاهیم مدیریتی - تغییر سریع مدیران - انتصاب نامناسب مدیران - استفاده‌ی شتاب زده از ابزارهای مدیریت کیفیت 	ضعف در عملکرد مدیران ارشد
<ul style="list-style-type: none"> - کمبود کارشناسان آشنا با ابزارهای مدیریت کیفیت - انگیزه‌ی ضعیف در پرسنل - کمبود نیروی انسانی - وجود بدبینی نسبت به ابزارهای کیفیت 	مشکلات مربوط به نیروی انسانی
<ul style="list-style-type: none"> - عدم تعامل بین معاونت‌های وزارتخانه - ارتباطات بین بخشی ضعیف - تعریف نامناسب ساختارهای اجرایی 	مشکلات ساختاری / ارتباطی
<ul style="list-style-type: none"> - برنامه‌ریزی ضعیف آموزش مفاهیم ارتقای کیفیت - کاربردی نبودن آموزش‌های ارتقای کیفیت - هزینه‌های آموزش 	مشکلات آموزشی
<ul style="list-style-type: none"> - احساس نیاز ضعیف برای تغییر - عجله داشتن در نتیجه‌گیری - توجه اندک به شرایط فرهنگی - کار گروهی ضعیف 	ضعف فرهنگی
<ul style="list-style-type: none"> - محدودیت‌های مالی - دسترسی ضعیف به اطلاعات - محدودیت‌های فیزیکی 	ضعف در منابع مالی، اطلاعاتی و تجهیزاتی
<ul style="list-style-type: none"> - کمبود برخی قوانین حمایتی - ارزیابی ضعیف از سوی وزارتخانه و دانشگاه 	ضعف در قوانین و مقررات و نظارت

چالش‌های مرتبط با کیفیت خدمات در طرح تحول نظام سلامت

بسته‌ی ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی: تاکنون اعتبارات این بسته، بیشتر برای بهبود فضای فیزیکی خصوصاً در مورد سرویس‌های بهداشتی بیمارستان‌ها، تجهیز اتاق‌های بستری بیماران به امکانات رفاهی و انجام تعمیرات ضروری در سیستم گرمایشی و سرمایشی محیطی تخصیص یافته‌اند. با این حال، عدم تامین اعتبارات ضروری برای تعمیرات بنیادی و بهسازی تاسیسات مرکزی بیمارستان‌ها، تعجیل در جذب و هزینه‌کرد اعتبارات اختصاص داده شده جهت دریافت اعتبارات بعدی، ساختار فرسوده برخی از بیمارستان‌ها که هرگونه بهسازی در آن‌ها هدررفت منابع محسوب می‌شود، فرصت محدود ارزیابان وزارتخانه برای ارزیابی و نیازسنجی بیمارستان‌های کشور و عدم تخصیص نیروی‌های بیماربر و خدماتی به بیمارستان‌ها در محور منابع انسانی، پاره‌ای از چالش‌های بیمارستان‌ها در ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ می‌باشند.

ارتقای کیفیت با بسته‌ی ترویج زایمان طبیعی: به نظر می‌رسد اقدام موثر جدی در راستای بازاریابی اجتماعی و ترویج زایمان طبیعی و جلب اعتماد جامعه به کیفیت خدمات زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دانشگاهی صورت نگرفته است. از طرف دیگر، تاکنون فرایند تجهیز بیمارستان‌ها به استانداردهای طراحی و تجهیز فضای فیزیکی اتاق زایمان و فضاهای مراقبت از زانو با روند بسیار کندی طی شده است و در برخی از بیمارستان‌ها، به دلیل فرسودگی ساختار فیزیکی، امکان بهینه‌سازی وجود ندارد.

ارتقای کیفیت با بسته‌ی حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم: نگرانی پزشکان ماندگار از پایداری طرح با توجه به بار مالی سنگین این طرح برای دولت، بی‌اعتمادی مردم مناطق محروم به پزشکانی که به این مناطق فرستاده می‌شوند و تمایل آن‌ها برای مراجعه به شهرهای بزرگ‌تر، مخدوش شدن ارتباط پزشک و بیمار به دلیل تبلیغات منفی در مورد عملکرد و درآمدهای پزشکان متخصص در رسانه‌ها و عدم تجهیز کلینیک‌های این مناطق به امکانات پاراکلینیکی تشخیصی و درمانی، همگی مانع اراییه‌ی خدمات باکیفیت در این مناطق می‌شوند.

ارتقای کیفیت با بسته‌ی حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی: اگرچه این دستورالعمل در بیمارستان‌های غیر آموزشی و خصوصاً در شهرهای کوچک که پزشکان متخصص و فوق تخصص انگیزه‌ای برای خدمت ندارند مزایای قابل قبولی برای خدمت فراهم کرده است، تاثیر پیاده‌سازی آن بر کیفیت خدمات در بیمارستان‌های آموزشی واقع در مراکز استان‌ها و یا شهرهای بزرگ، که قبل از طرح تحول هم از حضور مداوم رزیدنت‌های پزشکی و نظارت اساتید دانشکده پزشکی برخوردار بودند جای سوال دارد. با وجودی که این طرح باعث شده است در برخی بیمارستان‌ها حضور پزشکان متخصص پررنگ‌تر گردد، در برخی از بیمارستان‌ها حضور واقعی متخصصین اتفاق نیفتاده است. همچنین این نگرانی وجود دارد که حضور مداوم اساتید، استقلال عمل دانشجویان را در بکارگیری آموخته‌های خود کاهش دهد.

روندهای موثر بر کیفیت خدمات سلامت در کشور

در این بخش، روندهای تاثیرگذار در قالب دسته بندی STEEP-V^۱، در جدول ۲۶ ارایه شده‌اند. همچنین در انتهای جدول، برخی روندهای مهم موثر در داخل نظام سلامت نیز ذکر شده‌اند. در بخش اقدامات این فصل، سعی شده است متناسب با تاثیرات برخی از این روندهای مهم بر کیفیت خدمات، اقداماتی پیشنهاد گردد.

۱ روش STEEP-V دسته‌بندی از روندهای مختلف است و آن‌ها را به روندهای اجتماعی (Social)، فناوری (Technology)، اقتصادی (Economy)، زیست محیطی (Environmental)، سیاسی (Political) و ارزشی (Values) تقسیم بندی می‌کند.

جدول ۲۶. برخی روندهای موثر بر آینده‌ی کیفیت خدمات سلامت

نوع روند	روندهای مهم	برخی تأثیرات روند بر کیفیت خدمات سلامت
اجتماعی	افزایش آگاهی و انتظارات و تقاضای جامعه، سالمند شدن جمعیت، تغییر تعداد نیروی انسانی، تغییر سبک زندگی، افزایش سواد سلامت جامعه	تغییر ماهیت خدمات جهت رعایت حداقل الزامات کیفیت، توجه جدی‌تر به همه ابعاد کیفیت خدمات، آرایه‌ی خدمات با کیفیت‌تر از طریق مقایسه با استانداردهای بین‌المللی، مطرح شدن دغدغه‌های مربوط به کیفیت خدمات سالمندی، افزایش دغدغه‌ی مربوط به کیفیت خدمات بیماری‌های ناشی از تغییر سبک زندگی
فناوری	توسعه‌ی بسترهای ارتباطی و زیرساخت‌های اینترنتی، توسعه‌ی تله‌مدیسین، گسترش استفاده از تلفن‌های نسل جدید، افزایش قابلیت فناوری‌های سلامت، رشد فناوری‌های آموزشی، افزایش بهره‌وری با رعایت استانداردهای بین‌المللی، افزایش توجه به شواهد در حوزه‌ی سلامت و تولید راهنماها	افزایش دسترسی به اطلاعات و شواهد سلامت، افزایش استفاده از متخصصان از نقاط دور، دسترسی به برخی خدمات سلامت از طریق تلفن همراه، دسترسی به فناوری‌های اثربخش‌تر، افزایش شفافیت و کارآیی سیاست‌گذاری‌ها، افزایش آگاهی متخصصان از طریق دسترسی به منابع اطلاعاتی، افزایش دغدغه‌ی متناسب فناوری با نیازهای بومی
اقتصادی	نوسانات اقتصادی و تغییرات بودجه‌ی سلامت، افزایش فاصله‌ی طبقاتی، قاچاق دارو و لوازم، تحریم‌های اقتصادی به دلایل سیاسی	فراز و نشیب بودجه‌ی ساختاری کیفیت خدمات، فاصله‌ی بین کیفیت خدمات بخش دولتی و خصوصی، چالش در تامین منابع بدلیل تحریم‌ها و وارداتی بودن برخی کالاها و فناوری‌ها
زیست محیطی	خشکسالی و بحران آب، آلودگی‌های زیست محیطی	تغییر در ترکیب تقاضای خدمات، تغییر در توزیع نیروی انسانی آرایه دهنده‌ی خدمات، افزایش عوارض ناشی از آلودگی زیست‌محیطی، افزایش بیماری مرتبط با آلودگی زیست محیطی
سیاسی	برنامه‌های سیاسی و حزب‌گرایی، تکلیف پرونده‌های هسته‌ای	امکان تغییر سیاست‌های مدیریت کیفیت خدمات، فراز و نشیب بودجه، امکان تغییر در سیاست‌های تامین منابع مختلف بخش سلامت
ارزشی	تغییر قواعد حاکم بر آرایه دهنده-گیرنده‌ی خدمت، افزایش گرایش به الگوهای غربی، کاهش سرمایه‌ی اجتماعی	افزایش دغدغه‌های پاسخ به نیازهای غیربالیینی بیمار، افزایش نگرانی ناشی از بی‌اعتمادی به آرایه دهنده‌ی خدمت
روندهای داخل حوزه‌ی سلامت	افزایش واگذاری به بخش خصوصی، افزایش خودمراقبتی و خوددرمانی، افزایش بیماری‌های مزمن و روانی، تغییر انتظارات از بیمه‌ها در نظارت بر کیفیت خدمات، افزایش حساسیت‌ها نسبت به کیفیت خدمات، تخصص‌گرایی	افزایش دغدغه‌ی نظارت بر کیفیت خدمات، افزایش نقش فرد در کیفیت آرایه‌ی خدمات، مطرح شدن دغدغه‌های مربوط به کیفیت خدمات بیماری‌های مزمن و روانی، دغدغه‌ی تامین نیروی انسانی موردنیاز با توجه به بار بیماری‌ها در آینده، افزایش استفاده از رویکردهای پرداخت مبتنی بر کیفیت خدمات، دغدغه‌ی اجرای سطح‌بندی و ایجاد عدالت، افزایش رقابت در ابعاد ملموس کیفیت نظیر هتلینگ

درس‌های آموخته‌شده از سایر کشورها

تایلند: تجربه‌ی تایلند در زمینه‌ی وضعیت کیفیت خدمات در برنامه‌های پوشش همگانی خدمات سلامت، درس‌های زیادی برای سایر کشورها دارد و نشان می‌دهد که بهبود کیفیت و نظارت بر آن می‌بایست به عنوان رکن مهم اصلاحات مرتبط با پوشش همگانی خدمات در نظر گرفته شود (۲۸). تایلند در برنامه‌ی پوشش همگانی خدمات خود سه رویکرد مهم تدوین و استفاده از راهنماهای مبتنی بر شواهد، اعتباربخشی آرایه دهنده‌گان خدمات و ایجاد انگیزه‌های مالی از طریق پرداخت مبتنی بر نتیجه^۱ را برای بهبود وضعیت کیفیت در نظر گرفته است.

راهنماهای مبتنی بر شواهد، بصورت گسترده‌ای توسط برخی از کشورها نظیر تایلند که بدنبال بهبود وضعیت کیفیت در برنامه‌ی پوشش همگانی خود هستند مورد استفاده قرار گرفته است. راهنماها می‌توانند به اشکال مختلفی نظیر راهنماهای بالینی^۲، ارزیابی

1 Results Based Financing
2 Clinical Guidelines

فناوری سلامت^۱، مسیرها^۲، پروتکل‌ها^۳ و استانداردها^۴ مورد استفاده قرار گیرند. چالش‌های عمده‌ی تایلدن در زمینه‌ی راهنماها، دو مقوله‌ی منبع شواهد و نحوه‌ی تفسیر شواهد ذکر شده است. در زمینه‌ی منبع شواهد، نگرانی‌هایی نظیر ضعف در وجود داده‌ها و مطالعات مناسب محلی مطرح می‌باشد. نحوه‌ی تفسیر شواهد نیز به چالش کمبود افراد خبره‌ی آشنا به موضوع برمی‌گردد. در حال حاضر در این کشور، بر تدوین راهنماهایی برای بیماری‌های مزمن با بار بالا تمرکز شده است. همچنین نتیجه‌ی پروژه‌های ارزیابی فناوری سلامت در این کشور، تاثیر زیادی بر ترکیب بسته‌ی خدمات سلامت دارد.

برنامه‌های اعتباربخشی، ابزارهای قدرتمندی برای تعریف و ارزیابی عملکرد بر اساس ابعاد مختلف کیفیت هستند. این برنامه‌ها به میزان زیادی پتانسیل بهبود وضعیت ایمنی و رضایت بیمار را دارا می‌باشند (۲۹). اعتباربخشی، فرایندی پیچیده است که اجرای آن در کشورهای مختلف متفاوت بوده است. هر چند اعتباربخشی مراکز ارایه دهنده‌ی خدمت، اختیاری است، بیمه‌ها با در نظر گرفتن مشوق‌های مالی برای ارایه دهندگانی که اعتباربخشی شده‌اند، موجب ترغیب جدی آن‌ها به سمت دریافت گواهی و تامین الزامات اعتباربخشی می‌شوند. پاداش‌های مالی می‌توانند باعث افزایش انگیزه در ارایه دهندگان خدمت برای دستیابی به نتایج بهتر و یا بهبود در فرایند (نظیر ثبت بهتر پرونده) شوند. این مشوق‌ها می‌توانند بعنوان مشوق‌های مثبت و یا مشوق‌های منفی (بعلت نقص در کار) مطرح شوند (۳۰).

||||| ترکیه: با افزایش سطح دسترسی به مراقبت‌های سلامت در ترکیه، تمرکز بر روی کیفیت خدمات سلامت در این کشور اهمیت یافته است. هر چند که این کشور در دهه‌ی اخیر، پیشرفت‌هایی در زمینه‌ی ارتقای کیفیت خدمات سلامت داشته است، در مقایسه با سایر کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD^۵)، هنوز فاصله‌ی زیادی دارد. عدم تمرکز بر شاخص‌های پیامدی کیفیت، یکی از چالش‌های نظام سلامت ترکیه در راستای ارتقای کیفیت خدمات بوده است. سازماندهی مناسب و تعیین نقش نهادهای مختلف مسئول، عامل مهمی در ارتقای کیفیت خدمات سلامت است. در وزارت سلامت ترکیه، گام‌های مهمی برای سازماندهی مجدد بخش سلامت به سمت کیفیت برداشته شده است. نظام سلامت ترکیه برای تسهیل استفاده از شاخص‌های کیفیت به یک سیاست منسجم در زمینه‌ی تقویت زیرساخت اطلاعات سلامت نیاز دارد. در این راستا، موسسات ملی باید جمع‌آوری آمار مناسب و قابل مقایسه با کشورهای منطقه را در برنامه‌ی کار خود قرار دهند. تلاش مستمر برای جمع‌آوری منظم و گزارش داده‌های مرتبط با کیفیت خدمات، توسعه‌ی زیرساخت اطلاعاتی برای کیفیت (به عنوان مثال، سیستم ثبت سرطان و استفاده‌ی ثانوی از داده‌های پرونده‌ی الکترونیک)، جمع‌آوری داده در زمینه‌ی ایمنی و اثربخشی مراقبت‌ها در بیمارستان‌ها (به عنوان مثال، شاخص‌های برونداد، میزان پذیرش مجدد، میزان ایجاد عوارض)، جمع‌آوری اطلاعات مدیریتی خاص، انجام بررسی‌های میدانی در سطح خانوارها و بیماران، ارایه‌ی بازخورد به ارایه دهندگان خدمات در خصوص کیفیت خدماتشان در سطح منطقه‌ای و تشویق به خودارزیابی و بهبود مداوم، از جمله الزامات این موضوع است. هر چند سیستم اطلاعات سلامت در بیشتر بیمارستان‌های ترکیه مستقر شده است، در خصوص امکان تهیه‌ی اطلاعات مناسب مرتبط با کیفیت خدمات از آن تردید وجود دارد. همچنین با تغییر ماهیت بیماری‌ها به سمت بیماری‌های مزمن و روانی و دیابت، ماهیت نگرانی و دغدغه‌ی کیفیت خدمات هم در این کشور در حال تغییر است. بنابراین تعیین شاخص‌هایی برای مشخص

1 Health Technology Assessment

2 Pathways

3 Protocols

4 Standards

5 1The organization for Economic Co-operation and Development 2HIS

کردن وضعیت کیفیت این خدمات ضروری است.

برخی از مهم‌ترین راهکارهایی که ترکیه در زمینه ارتقای وضعیت کیفیت خدمات بر آن‌ها تاکید دارد به قرار زیر می‌باشند:

ارایه‌ی بازخورد در خصوص کیفیت خدمات به ارایه دهندگان خدمات، سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان مهم می‌باشد.
 برای ارتقای فرهنگ بهبود کیفیت خدمات، باید جهت فعالیت‌ها از سمت کنترل و تنبیه به سمت تشویق فعالیت‌های بهبود پیش
 برود. در این خصوص تعریف مراسمی برای جشن گرفتن موفقیت‌ها در پیشبرد موضوع بسیار موثر خواهد بود
 پررنگ دیدن کیفیت در پرداخت به ارایه‌دهندگان خدمات و تشویق ارایه‌دهندگان خدمات از طریق سیستم پرداخت اهمیت
 دارد.

درگیر کردن تمامی ذی‌نفعان در فرایند تعریف استانداردهای کیفیت، خیلی به اجرای کار کمک خواهد کرد.
 هماهنگی در بین سازمان‌های ارایه‌دهنده‌ی خدمات و توافق آن‌ها در زمینه‌ی روش و نحوه‌ی نظارت بر کیفیت خدمات و اجرای
 استانداردها مهم است.

توانمندسازی ارایه‌دهندگان در خصوص ایمنی و کیفیت خدمات و آموزش مناسب و همچنین توانمندسازی بیماران و اطلاع
 رسانی به آن‌ها و جمع‌آوری دوره‌ای نظرات بیماران در مورد کیفیت خدمات می‌بایست در اولویت اقدامات قرار گیرد.
 تشویق به استفاده از روش‌های خود ارزیابی در سازمان‌های ارایه‌دهنده‌ی خدمات مفید می‌باشد.
 توسعه‌ی راهنماهای بالینی و پروتکل‌ها و تلاش برای ایجاد استانداردهای ارایه‌ی مراقبت اولیه سلامت و تمرکز بر راهنماهای
 بالینی در موضوعات اولویت دار نظیر بیماری‌های قلبی عروقی یا دیابت در اولویت قرار دارند (۱۵).

کره‌ی جنوبی: استراتژی‌هایی که کشور کره جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های سلامت در پیش گرفته است به قرار زیر می‌باشند:
برنامه‌های ملی ایمنی بیمار: در این رابطه، کره در تلاش برای ایجاد سیستم گزارش‌دهی وقایع ناخواسته و خطاهای پزشکی
 است که می‌تواند به عنوان ابزار مهمی برای بهبود کیفیت مراقبت‌ها و ایمنی بیمار مطرح باشد. اهمیت ایجاد چنین سیستمی به
 خوبی توسط سیاست‌گذاران کره درک شده است. در راستای تقویت چنین موضوعی، قانون‌گذاری در خصوص «بیمه‌ی ناتوانی
 بیمار» برای ارایه دهندگان خدمات توصیه شده است.

سیاست‌های مرتبط با مسیر بالینی در داخل و بین سطوح خدمتی مختلف: اطمینان از دریافت مراقبت‌های سلامت
 توسط بیمار به شکلی هماهنگ و مناسب، از الزامات کیفیت مراقبت می‌باشد. با توجه به افزایش بیماری‌های مزمن، به نظر می‌رسد
 سازماندهی مجدد خدمات، جهت نیل به این الزام ضروری می‌باشد. در این راستا، کشورهای نظیر کره راهکارهایی مثل بهبود
 ارتباط بین سازمان‌های مختلف ارایه‌دهنده‌ی خدمت، تعریف دقیق مسئولیت‌های چندگانه‌ی ارایه‌دهندگان و استقرار سیستم‌های
 اطلاعاتی جهت پایش کیفیت خدمات سیستم را توصیه می‌کنند.

برنامه‌های ملی بهبود کیفیت: این برنامه‌ها شامل اقدامات هدفمندی است که با همکاری گروه‌های مختلف نظیر ارایه
 دهندگان خدمات، بیماران، سازمان‌های تامین‌کننده‌ی مالی و دولت انجام می‌شوند. نمونه‌ای از این اقدامات در کره شامل انتشار
 خبرنامه‌های مرتبط با کیفیت خدمات، فعالیت‌های انجمن‌های بهبود کیفیت خدمات، برگزاری نشست‌های منظم برای بحث در
 خصوص کیفیت خدمات، برگزاری دوره‌های آموزشی بهبود کیفیت بصورت هدفمند و برگزاری کنفرانس‌های مرتبط با کیفیت
 خدمات می‌شود. در کنار این برنامه‌ها، یکی از نقاط تمرکز کره در خصوص بهبود کیفیت خدمات، افزایش کیفیت درون داده‌های

کیفیت با تمرکز بر تربیت پزشکانی متبحر و اطمینان از ایمن بودن شرایط موسسات و فناوری‌های سلامت می‌باشد (۳۱).

||||| **دانمارک:** این کشور بعنوان یکی از پیش‌تازان برنامه‌های کیفیت خدمات سلامت در بین کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی شناخته می‌شود. دانمارک هم مانند سایر کشورها با چالش‌هایی نظیر افزایش انتظارات عمومی و سیاسی در خصوص کیفیت خدمات، افزایش تخصص‌گرایی و افزایش تعداد بیماران سالمند مواجه می‌باشد و برای مقابله با آن‌ها برنامه‌هایی را در پیش گرفته است. دانمارک دارای برنامه‌ی منسجمی جهت پایش کیفیت خدمات است. در این برنامه، پایگاه‌های داده‌ی مناسبی در زمینه‌ی اطلاعات مرتبط با فرایندها و پیامدهای مراقبت‌ها دیده شده است. همچنین از مجموعه‌ی کاملی از راهنماهای بالینی در سطح ملی و محلی، استانداردها و مسیرهای بالینی استفاده می‌کند. سیاست‌های کیفیت مراقبت سلامت در دانمارک شامل این موارد می‌شود: تدوین راهنماها، برنامه‌های مدیریت بیمار و مسیر بیمار، محدود کردن زمان انتظار بیماران برای دریافت خدمات، ایمنی تجهیزات پزشکی و داروها، ایجاد سیستم گزارش‌دهی بدون خطا، اطمینان از صلاحیت، مهارت و انگیزه‌ی بالا در کارکنان مراقبت سلامت، انجام اقدامات لازم برای اطمینان از ایمنی بیمار شامل توسعه‌ی استانداردها، پایش و کنترل عملکردها، ایجاد زیرساخت‌های اطلاعاتی قوی به منظور پایش سیستم سلامت و دیدن کیفیت با سایر عوامل مرتبط به صورت یکپارچه (به این منظور باید اهداف کیفیت، اهداف سلامت و اهداف هزینه‌ای با هم مرتبط باشند) (۳۲).

تجربه‌ی مطالعه‌ی «تعیین شاخص‌های کیفیت خدمات سلامت» کشورهای OECD: یکی از مهم‌ترین مطالعاتی که در سال‌های اخیر در زمینه‌ی تعیین شاخص‌های کیفیت خدمات در سطح دنیا انجام شده است، مطالعه‌ی شاخص‌های کیفیت خدمات کشورهای OECD می‌باشد. این مطالعه با همکاری تیم‌های تحقیقاتی از ۲۳ کشور OECD از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۶ انجام شد. در حال حاضر، گزارش‌های منظمی توسط کشورهای عضو در خصوص شاخص‌های تعیین شده تهیه و منتشر می‌شود. این مطالعه در دو فاز انجام شد. در فاز اول، یک سری شاخص‌های اولیه که جمع‌آوری آن‌ها در کشورهای مورد مطالعه آسان‌تر بود، برای پایش وضعیت کیفیت پیشنهاد گردید و در مرحله‌ی دوم، شاخص‌های اختصاصی‌تری در قالب پنج دسته‌ی موضوعی به شاخص‌های دسته‌ی اول اضافه گردید. جدول ۲۷، دسته‌بندی موضوعی و تعداد شاخص‌های هر حوزه را نشان می‌دهد (۳۳).

جدول ۲۷. مراحل و تعداد شاخص‌های تعیین شده در مطالعه‌ی شاخص‌های کیفیت کشورهای عضو OECD

مرحله دوم					مرحله اول (شاخص‌های اولیه)	مراحل مطالعه
مراقبت‌های مرتبط با بیماری‌های قلبی و عروقی	مراقبت‌های دیابت	مراقبت‌های سلامت روان	ارتقای سلامت، پیشگیری و مراقبت‌های اولیه سلامت	ایمنی بیمار		
۱۷	۹	۱۲	۲۷	۲۱	۱۷	تعداد شاخص

جهت‌گیری برای آینده

سازماندهی

- |||| تعیین ساختار مناسب برای اجرای برنامه‌های کیفیت خدمات سلامت با لحاظ کردن نقش کلیه سازمان‌های ذی‌نفع
- |||| تعیین ساختارهای مناسب ارزیابی کیفیت خدمات با توجه به الزامات و ویژگی‌های خاص این نهادها
- |||| تعریف مناسب نقش سطوح مختلف درگیر در ارتقای کیفیت خدمات و تسهیل برقراری ارتباط بین آن‌ها
- |||| دیدن ساختارهای مناسب جهت انتقال مناسب دانش مربوط به کیفیت در بین ذی‌نفعان
- |||| تعریف مناسب نقش‌های آموزشی و پژوهشی مرتبط با ارتقای کیفیت و ایفاکنندگان آن‌ها
- |||| تعریف ساختار مناسب جهت تعریف مناسب خدمات بسته‌های خدمتی

قوانین و مقررات

- |||| تعریف مناسب ساختار قانونگذاری مرتبط با ارتقای کیفیت و تقویت بدنه‌ی کارشناسی مرتبط با آن با در نظر گرفتن نقش گروه‌های ذی‌نفع در فرایند قانونگذاری
- |||| بازنگری در قوانین و دستورالعمل‌های مرتبط با سطوح خدمتی مختلف با توجه به نیازهای جدید جامعه (نظیر بیماری‌های مزمن)
- |||| تدوین قوانین و مقررات مناسب جهت تولید انواع مختلف راهنماهای مبتنی بر شواهد در کشور
- |||| ایجاد درک صحیح از کیفیت در قانونگذاران حوزه‌ی سلامت کشور

تامین منابع (مالی، انسانی، اطلاعاتی و ...)

- |||| تعریف نظام رصد کیفیت خدمات سلامت در کشور و تدوین شاخص‌های مناسب
- |||| دیدن منابع زیرساختی کیفیت خدمات در تخصیص به بخش سلامت و درون بخش سلامت
- |||| ایجاد زیرساخت اطلاعاتی مرتبط با کیفیت خدمات از طریق تقویت نظام ثبت بیماری‌ها، ارتقای کیفیت پرونده‌های بالینی، و نظام ثبت خطا
- |||| تهیه راهنماهای مبتنی بر شواهد در سطوح مختلف خدمتی در بخش سلامت با مشارکت کلیه ذی‌نفعان
- |||| ورود جدی‌تر آموزش علوم پزشکی در خصوص آموزش مفاهیم کیفیت خدمات و تربیت کمی و کیفی نیروی انسانی
- |||| انتخاب هوشمندانه‌ی مدل‌های ارتقای کیفیت جهت ایجاد نظم فکری در زمینه‌ی مفاهیم در ذی‌نفعان و استفاده از آن‌ها
- |||| ارتقای انگیزه‌ی پرسنل بخش سلامت جهت ارائه‌ی خدمات با کیفیت‌تر و توانمندسازی مناسب آن‌ها
- |||| ترویج دانش تولید، تفسیر و استفاده از اطلاعات مرتبط با کیفیت
- |||| نظارت بر کیفیت ورودی‌هایی نظیر دارو و تجهیزات پزشکی، ترویج و تسهیل استفاده از فناوری‌های نوین موثر بر کیفیت خدمات
- |||| از طریق مجراهایی نظیر ارزیابی فناوری سلامت و رصد فناوری‌های نوین (افق‌یابی فناوری‌های سلامت)

پرداخت

- ▄▄▄ ایجاد سازوکارهای لازم جهت استفاده از روش پرداخت مبتنی بر کیفیت در واحدهای ارائه دهنده‌ی خدمت
- ▄▄▄ ایفای نقش جدی‌تر بیمه‌ها از طریق ابزار پرداخت جهت تاثیر بر کیفیت خدمات سلامت با استفاده از رویکرد خرید راهبردی
- ▄▄▄ تسهیل شکل‌گیری بیمه‌های ناتوانی بیمار جهت کاهش دغدغه‌ی ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت

رفتار

- ▄▄▄ ارائه‌ی بازخورد در خصوص کیفیت خدمات به ارائه دهنندگان خدمات و جامعه
- ▄▄▄ تعریف مراسم هدفمند جهت تقدیر از تلاش‌های مرتبط با ارتقای کیفیت صورت ملی و محلی
- ▄▄▄ استفاده از روش‌های مناسب آموزش جهت ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد ارائه دهنندگان در خصوص کیفیت خدمات و استفاده از شواهد در تصمیم‌گیری‌ها
- ▄▄▄ ترویج فرایند خودارزیابی در سازمان‌های مختلف ارائه دهنده‌ی خدمات سلامت در کشور
- ▄▄▄ نهادینه‌سازی ارزش‌های اخلاقی، فرهنگی و اجتماعی در ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی در جهت پاسخگویی به نیازهای غیر بالینی جامعه
- ▄▄▄ استفاده از راهکارهایی نظیر خبرنامه‌های مرتبط، انجمن‌های کیفیت خدمات، نشست‌های منظم مرتبط جهت ترویج مفاهیم کیفیت خدمات
- ▄▄▄ ترویج پذیرش سطح معقولی از خطا توسط سیستم و ترویج گزارش صحیح این خطا توسط سیستم

ملاحظات عملیاتی در ایران برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت در ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- ▄▄▄ ایفای وظیفه در نقش تولیت موضوع برای برنامه‌ریزی‌های مربوطه جهت شکل‌گیری نظام رصد کیفیت خدمات سلامت
- ▄▄▄ شکل‌گیری عزم جدی جهت برنامه‌ریزی منسجم در خصوص موضوع
- ▄▄▄ تسهیل وضع قوانین مرتبط و تقویت‌کننده‌ی موضوع با هماهنگی با سایر ذینفعان موضوع در نهادهای قانونگذار
- ▄▄▄ تقویت قدرت چانه‌زنی برای جذب منابع لازم و جلب همکاری سایر نهادهای تاثیرگذار
- ▄▄▄ ورود جدی‌تر به برنامه‌های تغییررفتار جامعه، ارائه‌دهندگان و سیاست‌گذاران در خصوص کیفیت خدمات سلامت
- ▄▄▄ برنامه‌ریزی جهت برآورد و تامین منابع مختلف جهت ارتقای کیفیت خدمات از جمله منابع اطلاعاتی
- ▄▄▄ استفاده از شاخص‌های کیفیت خدمات بعنوان یکی از معیارهای تخصیص منابع در بین دانشگاه‌ها
- ▄▄▄ برنامه‌ریزی جدی‌تر برای ورود به مقوله‌ی تولید راهنماهای مبتنی بر شواهد
- ▄▄▄ پررنگ دیدن کیفیت در آموزش‌های برگزاری مراسم کشوری به منظور تبادل تجربیات
- ▄▄▄ کارشناسی دقیق بر روی انتخاب مدل‌های ارتقای کیفیت مورد استفاده در بخش سلامت

سازمان‌های بیمه‌گر

- ▄▄▄ بازنگری نقش سازمان‌های بیمه‌گر پایه در خصوص نحوه خرید خدمات و الزامات کیفیتی خدمت

تسهیل بیمه‌ی غرامت بیمار
 مشارکت منسجم با نهادهای متولی تعیین شده در سیاست‌های ابلاغی جهت تعیین الزامات مختلف کیفیت خدمات
 تسهیل وضع قوانین مرتبط و تقویت‌کننده‌ی موضوع با هماهنگی با وزارت بهداشت و سایر نهادهای درگیر در نهادهای قانونگذار

تعریف دقیق خدمات بسته‌ی پایه و تکمیلی با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 تدوین دستورالعمل‌های لازم جهت خرید مبتنی بر کیفیت خدمات و تسریع در اجرایی سازی آن
 ورود جدی‌تر به برنامه‌های تغییر رفتار جامعه، ارایه دهندگان و سیاست‌گذاران در خصوص کیفیت خدمات سلامت

نهادهای قانون‌گذار

پرننگ‌تر دیدن نقش کیفیت خدمات سلامت در قانون‌گذاری‌ها
 استفاده از اطلاعات مرتبط با کیفیت خدمات سلامت در طرح موضوعات جهت قانون‌گذاری

دانشگاه‌های علوم پزشکی

استفاده‌ی هماهنگ و متناسب با نیاز از مدل‌های ارتقای کیفیت در سطح دانشگاه
 تسهیل جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با کیفیت خدمات در سطح منطقه‌ی تحت پوشش
 تخصیص جلسات ویژه در خصوص بحث در مورد کیفیت خدمات مختلف تحت پوشش
 استفاده از شاخص‌های کیفیت خدمات به عنوان یکی از معیارهای تخصیص منابع در سطح مراکز تحت پوشش
 نظارت بر کمیت و کیفیت دوره‌های آموزشی مرتبط با کیفیت در سطح دانشگاه
 استفاده از تجارب سایر دانشگاه‌ها و مراکز ارایه دهنده‌ی خدمت در خصوص ارتقای کیفیت خدمات
 تشویق فعالیت‌های ارتقای کیفیت در سطح دانشگاه‌ها در مناسبت‌های مرتبط

بوردهای تخصصی رشته‌ها

در نظر گرفتن الزامات کیفی خدمات در بازنگری محتوای درسی رشته‌ها
 تعریف رشته‌های جدید متناسب با نیازهای رو به رشد جامعه در خصوص کیفیت خدمات سلامت

رسانه‌ها

افزایش حساسیت سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان در خصوص اهمیت مقوله‌ی کیفیت خدمات سلامت
 افزایش اطلاع‌رسانی به جامعه در خصوص وضعیت کیفیت خدمات
 افزایش انتظارات و توقعات منطقی در جامعه جهت ایجاد خواست در جامعه برای افزایش کیفیت خدمات

منابع

1. Pradhan M, Saadah F, Sparrow R. Did the health card program ensure access to medical care for the poor during Indonesia's economic crisis? *The World Bank Economic Review*. 2007; 21 (1): 125-50.
2. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny M-P, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS Medicine* 2014; 11 (9): e1001731.
3. USAID. Measuring and monitoring country progress towards universal health coverage : concepts, indicators, and experiences. Meeting Summaary- July 20, 2012, Washington DC.
4. Chan M. Remarks at the Launch of the World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage. Beijing; 2013. Available from: http://www.who.int/dg/speeches/2013/whr_20130815/en/.
5. Mate KS, Rooney AL, Supachutikul A, Gyani G. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. *Globalization and Health* 2014; 10 (1): 68.
6. World Health Organization. Measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage. Meeting Report, Rockefeller Foundation Center, Bellagio; 2012.
7. Buttell P, Hendler R, Daley J. Quality in healthcare: concepts and practice. *The Business of Healthcare* 2008; 3: 61-94.
8. America IoMCoQoHCi. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century: National Academy Press; 2001.
9. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems; 2006.
10. McQuestion MJ. Presentation: Quality of Care. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2006.
11. Martin M, Zingg W, Hansen S, Gastmeier P, Wu A, Pittet D, et al. Public reporting of healthcare-associated infection data in Europe. What are the views of infection prevention opinion leaders? *Journal of Hospital Infection* 2013; 83 (2): 94-8.
12. Perla RJ, Peden CJ, Goldmann D, Lloyd R. Health care-associated infection reporting: the need for ongoing reliability and validity assessment. *American Journal of Infection Control* 2009; 37 (8): 615-8.
13. Masoumi Asl H. Country guide for hospital infection surveillance. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Disease Management Center; 2006.
14. Rasslan O, Heeg P. Infection prevention and control program organizational structure. Basic concepts in infection control; 2007.
15. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014: Raising Standards. Paris.
16. Barnett A, Segree W, Matthews A. The roles and responsibilities of physicians in Pre-hospital Emergency Medical Services: a Caribbean perspective. *West Indian Medical Journal* 2006; 55 (1): 52-5.
17. Motlagh ME, Chinian M, Dashti M, Moslemi Aghili MM, Aminae T, Ardalan G, et al. Health Promoting School (HPS). Ghom: Khademolreza; 2010.

18. Dehnavieh R, Ebrahimipour H, Nouri Hekmat S, Taghavi A, Jafari Sirizi M, Mehrolhassani MH. EFQM-based Self-assessment of Quality Management in Hospitals Affiliated to Kerman University of Medical Sciences. *International Journal of Hospital Research* 2012; 1 (1): 57-64.
19. Naghavi M, Jamshidi HR. Utilization of health services in Iran: 2002. Health Deputy of Ministry of Health and Medical Education. Tehran: Tandis; 2005.
20. Mohammad K, Khosravi A, Noori M, Gouya MM, Etemad K, Nadafi K. Public health profile indicators in the Islamic Republic of Iran 2006-2010. Ministry of Health and Medical Education Deputy for Public Health; 2013.
21. Rashidian R. Health observatory: First multiple-indicator demographic and health surveys 2010. Ministry of Health and Medical Education Deputy for Public Health; 2011.
22. Abolhassani F, Jamshid Beigi A, Mard Fard N, Moghimi D, Maleki F. Study of providing outpatient and rehabilitation health care and characterization of the structure and geographical distribution of providers. Tehran: Tandis; 2010.
23. Center for family physician and referral system. Performance report of Iranian health insurance organization. Volume 1. Tehran: Iranian Health Insurance Organization; 2015.
24. Center for family physician and referral system. Performance report of Iranian health insurance organization: Volume 2. Tehran: Iranian Health Insurance Organization; 2015.
25. Center for family physician and referral system. Performance report of Iranian health insurance organization: Volume 3. Tehran: Iranian Health Insurance Organization; 2015.
26. Taati Keley E, Meshkini A, Khorasani Zavareh D. Distribution of Specialists in Public Hospitals of Iran. *Health Information Management* 2012; 9 (4): 548-557.
27. Abolfathi L. Brief policy of Iranian provinces. Characteristics report. Tehran: Center for Strategic Research of the State Expediency Council; 2007.
28. Cutler D. Policy initiatives to improve the quality of healthcare under universal health coverage in low- and middle-income countries: the case of Thailand. Birkbeck, University of London; 2012.
29. Groene O, Skau JK, Frølich A. An international review of projects on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care* 2008; 20 (3): 162-71.
30. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Quarterly* 2001; 79 (2): 149-77.
31. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Korea 2012: Raising Standards. Paris: 2012.
32. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards. Paris: 2013.
33. Hurst J, Kelley E. Health Care Quality Indicators Project-Conceptual Framework Paper. Retrieved Marz 2006; 30: 2006.

فصل ۵

محافظت مالی خانوارها در نظام سلامت

چکیده

محافظت مالی یکی از ابعاد اصلی پوشش همگانی سلامت است و بدین معناست که افراد چقدر در برابر نتایج مالی بیماری حفاظت می‌شوند. در این فصل، ابتدا به صورت بسیار فشرده به مبانی نظری محافظت مالی، تامین مالی سلامت و شاخص‌های مربوطه می‌پردازیم. سپس، بر اساس شاخص‌های مرتبط با وضعیت تامین مالی و با تاکید بیشتر بر هزینه‌های کمرشکن سلامت، فقر ناشی از هزینه‌های سلامت، و شاخص انصاف در مشارکت مالی، وضعیت کشور را با استفاده از مرور جامع گزارش‌ها و مقالات مرتبط بررسی می‌کنیم. در ادامه، به بررسی موضوع در اسناد بالادستی کشور می‌پردازیم و با ارایه‌ی تجارب چند کشور منتخب، راهکارهایی را برای کشور ارایه می‌دهیم.

آنچه مسلم است محافظت مالی در برابر هزینه‌های استفاده از خدمات سلامت در برنامه‌های اصلی کشور مانند برنامه‌ی چهارم و پنجم توسعه مورد توجه قرار گرفته است؛ اما نکته‌ی مهم، نحوه‌ی اجرای مفاد این برنامه‌ها می‌باشد. شواهد پژوهشی بیانگر این است که کشور در دستیابی به هدف برنامه‌ی چهارم توسعه در راستای کاهش هزینه‌های مستقیم از جیب مردم و هزینه‌های کمرشکن سلامت چندان موفق نبوده است و به همین دلیل است که در برنامه‌ی پنجم توسعه نیز با ارایه‌ی راهکارهای اجرایی، تاکید مجدد و بیشتری بر این هدف صورت گرفته است.

افزون بر تلاش جهت افزایش منابع بخش سلامت، با در نظر گرفتن محدودیت‌هایی نظیر افزایش امکان ایجاد تورم در این بخش، بایستی مداخلاتی نظیر بهبود کارکرد تجمع از طریق اصلاح نظام بیمه‌ای کشور و سوق دادن پرداخت‌های مستقیم مردم به سمت پیش‌پرداخت مد نظر قرار گیرد.

مقدمه

همه‌ی افراد، مایل به دریافت خدمات سلامت قابل خرید و با کیفیت می‌باشند. این تمایل در سال‌های اخیر، جنبش پوشش همگانی سلامت را ایجاد کرده است. هر چند ریشه‌های جنبش پوشش همگانی سلامت را در جنبش مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌دانند، انجمن جهانی سلامت از سال ۲۰۰۵ به طور مستقیم از دولت‌های کشورهای جهان خواسته است تا نظام سلامت کشور خود را به گونه‌ای گسترش دهند که مردم بدون این که از نظر مالی به زحمت بیفتند بتوانند به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند. همان‌طور که در این درخواست ملاحظه می‌شود، جنبش پوشش همگانی سلامت با تمرکز بر محافظت مالی خانوارها در برابر هزینه‌های بیماری آغاز شده است؛ لذا یکی از ابعاد کلیدی مدل‌های ارائه شده از پوشش همگانی سلامت که هدف آن تضمین دسترسی همه‌ی افراد به خدمات سلامت موثر و مورد نیاز است، این است که دسترسی به خدمات برای بیماری‌ها یا جراحات نباید باعث شود مردم از نظر مالی دچار سختی شوند (۱). سازمان جهانی بهداشت نیز در گزارش رسمی خود درباره‌ی عملکرد نظام‌های سلامت در سال ۲۰۰۰، توجه به محافظت مالی خانوار در برابر هزینه‌های بیماری را با مفهوم "تامین مالی منصفانه" به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام‌های سلامت معرفی کرد (۲).

نیاز به محافظت مالی خانوارها ناشی از سه عامل اصلی می‌باشد: اول این که در مورد زمان و شدت یک بیماری یا جراحی قطعی وجود ندارد؛ نیازهای بهداشتی و درمانی غیر قابل پیش‌بینی، یک هزینه-فرصت هستند زیرا منابع مالی که قرار بوده صرف خرید غذا یا لباس شود، برای سلامت هزینه می‌گردد. دوم، بهداشت و درمان چه به صورت نسبی و چه مطلق می‌تواند بسیار گران قیمت باشند؛ به طوری که حتی خدمات سلامت ارزان نیز ممکن است برای فقرا کمرشکن باشد. در چنین مواردی، ممکن است مردم از استفاده از خدمت چشم‌پوشی نمایند و یا هزینه‌ی

خدمات را پرداخت کرده و خطر فقیر شدن را بپذیرند. عامل سوم این است که بیماری یا جراحت می‌تواند با کاهش درآمد همراه باشد که به نوبه‌ی خود خطر فقر را افزایش می‌دهد (۳).

پژوهش‌های بین‌المللی نشان می‌دهند که محافظت مالی در نظام سلامت از طریق اشتراک خطر خسارت مالی بین گروه‌های مختلف مردم (انباشت) و توزیع خطر در طول زمان (پیش‌پرداخت) حاصل می‌گردد (۴). انباشت و پیش‌پرداخت، به کاهش نتایج مالی نیازهای بهداشتی - درمانی غیر قطعی، حذف موانع مالی دسترسی به خدمات سلامت، و کاهش بروزشمقت‌های مالی مرتبط با بیماری کمک می‌کند (۱).

هر چند میزان انباشت و پیش‌پرداخت در نظام سلامت، تاثیر اصلی بر عمق مکعب پوشش همگانی (نسبتی از هزینه مزایا یا خدمات که با منابع انباشت شده پوشش داده می‌شود) را دارد، بر عرض یا پهنای پوشش همگانی سلامت (جامعیت مزایای سلامت) و حیطة (وسعت مزایایی که پوشش داده می‌شود) نیز اثر گذار می‌باشد (۳).

محافظت مالی می‌تواند سهم بسزایی بر دو هدف سیاسی یعنی کارایی و عدالت نیز داشته باشد. از نظر کارایی، محافظت مالی می‌تواند موجب رفاه افراد، نظام سلامت، و اقتصاد کلان کشور شود. از سوی دیگر، محافظت مالی کافی باعث می‌شود همه‌ی خانوارها از جمله فقرا در صورت نیاز، به راحتی و بی‌دغدغه مالی از خدمات استفاده نمایند و این امر به افزایش عدالت منجر می‌شود (۳).

در کشورهای مختلف، ابزارهای متعددی در اختیار سیاست‌گذاران است تا از طریق آن بتوانند بر عمق پوشش همگانی خدمات یا محافظت مالی در نظام سلامت تاثیر بگذارند. در واقع، عملکرد تامین مالی نظام سلامت بر این بعد پوشش همگانی سلامت بسیار تاثیرگذار خواهد بود. همه‌ی نظام‌های سلامت، منابع را جمع‌آوری، مدیریت و مصرف می‌کنند. به منظور دستیابی به هدف سلامت بهتر، لازم است برای سلامت، منابع کافی تولید شود، خطرات به صورت موثر انباشت شود و منابع به خدماتی اختصاص یابد که سلامت را هزینه اثربخش‌تر ارتقا می‌دهد (۵).

یک نظام مناسب تامین مالی سلامت، از طریق فراهم آوردن منابع کافی به ارتقای وضعیت سلامت کمک می‌کند. افزون بر این، تامین مالی از طریق اصلاح انگیزه‌هایی که پرداخت‌کنندگان و دریافت‌کنندگان منابع در رابطه با ارایه و مصرف خدمت با آن‌ها مواجه هستند، بر وضعیت سلامت تاثیر می‌گذارد. نظام تامین مالی سلامت بر طیفی از اهداف اجتماعی غیر از ارتقای وضعیت سلامت نیز تاثیرگذار است. این طیف عبارتند از: همبستگی (انصاف در پرداخت برای خدمات سلامت مرتبط با درآمد افراد)، محافظت مالی (حق مردم نسبت به نظام سلامت که باید از آن‌ها در برابر هزینه‌های بیماری محافظت نماید)، و پاسخگویی (استفاده‌ی مسئولانه از منابع).

در هر صورت، تامین مالی نظام‌های سلامت از طریق زیر کارکردهای جمع‌آوری، انباشت و خرید، تاثیر قوی بر انصاف در مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت و نیز اثراتی بر پیامدهای سلامت و پاسخگویی دارد. در هنگام ایجاد تغییرات در نظام تامین مالی، بایستی سازوکارهای تامین مالی فعلی و موسسات اجتماعی که به صورت تاریخی شکل گرفته‌اند و نیز عقاید و انتظارات مردم درباره‌ی پرداخت برای خدمات سلامت در نظر گرفته شود (۶).

چه کسی هزینه‌های نظام سلامت را پرداخت می‌کند؟ سهم خانوارها در تامین هزینه‌های سلامت چقدر است؟ پاسخ این سوالات از یک سو عادلانه بودن تامین مالی نظام سلامت و میزان دستیابی به هدف انصاف در مشارکت مالی را نشان می‌دهد (۲) و از سوی دیگر، میزان محافظت مالی خانوارها یعنی همان عمق مکعب پوشش همگانی را مشخص می‌کند. تحلیل نتیجه‌ی مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت را می‌توان به وسیله‌ی دو رویکرد انجام داد: رویکرد درآمدی و رویکرد بار مالی. در رویکرد درآمدی، تغییر در

توزیع درآمد بر حسب پرداخت‌های مالی خانوار برای نظام سلامت بررسی می‌شود که براساس تغییر در تعداد خانوارهایی که به علت پرداخت‌های سلامت به زیر خط فقر رانده شده‌اند و نیز تغییر در باز توزیع درآمد در بین خانوارها سنجیده می‌شود. در رویکرد دوم، پرداخت‌های سلامت از نظر تاثیر آن‌ها یا تجارب پریشان کننده‌ی ناشی از آن‌ها بر خانوارها بررسی می‌شود. محاسبه‌ی شاخص انصاف در مشارکت مالی و درصد خانوارهای مواجهه با پرداخت‌های کمرشکن نمونه‌هایی از این رویکرد می‌باشد (جدول ۱) (۷).

شاخص انصاف در مشارکت مالی، در واقع از هدف انصاف در مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت منشا گرفته است. مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت، عبارت است از میزان پرداخت هر خانوار برای نظام سلامت به ظرفیت پرداخت آن خانوار؛ در صورتی که همه‌ی خانوارها با نسبتی برابر، از ظرفیت پرداخت خود به نظام سلامت بپردازند، مشارکت مالی همه‌ی خانوارها مساوی خواهد بود با نسبت کل هزینه‌های سلامت یک کشور به کل ظرفیت پرداخت آن کشور. شاخص انصاف در مشارکت مالی برای اندازه‌گیری انحراف از این وضعیت برابر به کار می‌رود. این شاخص در طیفی از صفر تا یک می‌باشد که ۱ بیانگر برابری کامل و بهترین وضعیت، و صفر بیانگر نابرابری کامل است (۷).

هزینه‌های کمرشکن سلامت، زمانی برای خانوار اتفاق می‌افتد که پرداخت برای دریافت خدمات سلامت از حد معینی از منابع مالی خانوار فراتر رود. این حد توسط سازمان جهانی بهداشت، ۴۰٪ توانایی پرداخت خانوار در نظر گرفته شده است؛ یعنی اگر خانواری بیش از ۴۰٪ از توانایی پرداخت خود را صرف سلامت نماید، با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شده است (۴). شاخص درصد خانوارهای فقیر شده به علت هزینه‌های سلامت نیز بیانگر تعداد خانوارهایی است که به علت هزینه‌های سلامت به زیر خط فقر سقوط کرده اند (۷).

جدول ۱. شاخص‌های اصلی سنجش نتیجه‌ی مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت

رویکرد	توزیع کامل	حد آستانه
درآمد	تغییر در توزیع درآمد به علت پرداخت‌های نظام سلامت (اثر باز توزیع) ^۴	تغییر در تعداد خانوارهای سقوط کرده به زیر خط فقر به علت پرداخت‌های نظام سلامت ^۵
بار مالی	توزیع یا بار به علت پرداخت‌های نظام سلامت (شاخص انصاف در مشارکت مالی)	خانوارهای بالای سطح آستانه یا بار به علت پرداخت‌های نظام سلامت (درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن) ^۶

بیشتر مطالعاتی که تاثیر مداخلات و برنامه‌های پوشش همگانی سلامت را بر محافظت مالی مرور نموده اند، شاخص‌های محافظت مالی را که عمده‌ترین آن‌ها تاثیر بر پرداخت‌های مستقیم از جیب، هزینه‌های کمرشکن و فقر ناشی از پرداخت در نظام سلامت است بررسی کرده اند (۸).

وضعیت تامین مالی سلامت در ایران

بر اساس گزارش آماری سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴، از سال ۲۰۰۱ تا سال ۲۰۱۱، سهم بخش سلامت از تولید ناخالص ملی^۱ در ایران تغییر نیافته است و هر چند سهم دولت تا حدودی افزایش یافته است، همچنان بیش از ۵۰ درصد هزینه‌های سلامت از هزینه‌های خصوصی تامین می‌گردد که از این میزان، به ترتیب ۹۶/۲ و ۹۵/۸ در سال‌های مذکور از جیب مردم پرداخت شده است (جدول ۲) (۹).

جدول ۲. آمار شاخص‌های هزینه‌های سلامت*

۲۰۱۱	۲۰۰۰	شاخص‌های هزینه‌های سلامت
۴/۶	۴/۶	کل هزینه‌های سلامت به عنوان از تولید ناخالص ملی
۴۹/۵	۴۱/۶	کل هزینه‌های دولتی بخش سلامت به عنوان از کل هزینه‌های سلامت
۵۰/۵	۵۸/۴	هزینه‌های خصوصی بخش سلامت به عنوان از کل هزینه‌های سلامت
۱۰/۵	۱۰/۶	هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به عنوان از کل هزینه‌های دولت
.	.	منابع خارجی برای سلامت به عنوان درصدی از کل هزینه‌های سلامت
۵۰/۲	۵۷/۸	هزینه‌های تامین اجتماعی در سلامت به عنوان از هزینه‌های عمومی دولت بر سلامت
۹۵/۸	۹۶/۲	هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب به عنوان درصدی از هزینه‌های خصوصی سلامت
۳/۹	۳/۶	برنامه‌های پیش پرداخت خصوصی به عنوان از هزینه‌های خصوصی سلامت
۳۳۶	۳۳۱	هزینه‌ی سرانه‌ی سلامت بر اساس میانگین نرخ مبادله (دلار آمریکا)
۸۷۴	۳۷۹	هزینه‌ی سرانه‌ی سلامت (PPP دلار بین المللی) ^۱
۱۶۱	۹۶	سرانه‌ی هزینه‌های دولتی در سلامت بر اساس میانگین نرخ مبادله (دلار)
۴۳۲	۱۵۸	سرانه‌ی هزینه‌های دولتی بر سلامت (PPP دلار بین المللی)

*اقتباس از منبع شماره ۵

همچنین، بر اساس آخرین گزارش حساب‌های ملی سلامت کشور در سال ۱۳۸۷، فقط حدود ۲۰ درصد از منابع بخش سلامت از محل پیش پرداخت‌ها تامین گردیده است و مردم همچنان نقش پررنگی در تامین مالی سلامت ایفا می‌نمایند. بر اساس حساب‌های ملی سلامت طی سال‌های ۱۳۵۰ تا ۱۳۸۰، پرداخت مستقیم مردم در سال ۱۳۵۰ در حدود یک سوم بوده است و در سال ۱۳۷۷ به میزان دو سوم افزایش یافته است. علاوه بر این، طبق گزارش حساب‌های ملی سلامت مربوط به سال ۱۳۸۷، هزینه‌ی پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ نیز روند افزایشی داشته است و این رقم از ۴۶،۲ درصد در سال ۸۲ به ۵۳،۷۹ درصد در سال ۸۷ رسیده است (۱۰).

در سال‌های گذشته، میزان پرداخت مستقیم از جیب از طریق مطالعات پیمایشی در سطح شهرهای مختلف ایران مورد بررسی قرار گرفته است. در پیمایشی در شهر قزوین در سال ۱۳۸۸، میانگین پرداخت مستقیم از جیب بیماران به ازای دریافت خدمات درمانی،

1 GDP

۵۹/۷ درصد گزارش شده است؛ و بیشترین میزان مربوط به دهک اول (کمترین درآمد) با ۶۷/۵ درصد بوده است. همچنین میانگین کل پرداخت مستقیم از جیب به میانگین کل درآمد خانوارها ۷/۳ درصد بوده است که بیشترین میزان پرداخت از جیب مربوط به دهک اول با ۱۹ درصد و کمترین میزان مربوط به دهک دهم با ۳/۶ درصد بوده است. به عبارت دیگر، میانگین پرداخت مستقیم از جیب بیماران از دهک اول تا دهک دهم سیر نزولی داشته است و میانگین سهم پرداخت از جیب در دهک اول، پنج برابر دهک دهم بوده است (۱۱). بر اساس نتایج پیمایشی دیگر در شهر گرگان در سال ۱۳۸۱، سهم پرداخت مستقیم از جیب بیمار به کل درآمد خانوارها ۱۳ درصد بوده است؛ اما دهک اول درآمدی که کمترین میزان درآمد را دارند بیشترین مقدار پرداخت از جیب را داشته‌اند؛ یعنی ۲۸ درصد از درآمد خود را صرف پرداخت مستقیم هزینه‌های سلامت کرده بودند؛ در حالی که این مقدار در دهک دهم که بالاترین میزان درآمد را داشتند ۷ درصد بوده است (۱۲).

بالا بودن پرداخت‌های مستقیم از جیب در کشور یک روی مشکل می‌باشد و این که بیشتر این پرداخت‌ها توسط چه گروه درآمدی از مردم صورت می‌گیرد روی دیگر آن است. شاخص معروف جهت بررسی عدالت در پرداخت خانوارها برای خدمات سلامت، شاخص کاکوانی است. این شاخص بیانگر این است که سهم پرداخت برای خدمات سلامت نسبت به درآمد در گروه‌های مختلف درآمدی چگونه است. اندازه‌ی این شاخص از ۲- تا ۱ می‌باشد؛ اندازه‌ی مثبت، بیانگر پیشرونده^۱ یا صعودی بودن پرداخت‌ها است؛ به این معنی که ثروتمندان سهم بالاتری را صرف هزینه‌های سلامت می‌کنند و اندازه‌ی منفی این شاخص، بیانگر پسرونده^۲ یا نزولی بودن پرداخت‌هاست؛ به عبارت دیگر، گروه‌های کم درآمد سهم بیشتری از درآمد خود را صرف هزینه‌های سلامت می‌کنند. مطالعه‌ای بر اساس داده‌های هزینه و درآمد خانوار مرکز آمار ایران نشان داد که از سال ۱۹۸۴ تا ۲۰۱۰، شاخص کاکوانی برای همه‌ی سال‌ها مثبت، و به صورت میانگین ۰/۴۳ در شهرها و ۰/۴۷ در روستاها بوده است (۱۳). هم چنین نتایج مطالعه‌ی دیگری در سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵ نیز بیانگر پیشرونده یا صعودی بودن پرداخت‌های مستقیم از جیب افراد بر اساس محاسبه‌ی شاخص کاکوانی با استفاده از هزینه‌های خانوار و در عین حال، پسرونده بودن همین شاخص در صورت محاسبه با استفاده از درآمد گزارش شده‌ی افراد می‌باشد (۱۴). در هر حال، همان‌طور که زارع به نقل از دیتون^۳ ذکر کرده است هزینه‌ی خانوار، نشانگر معتبرتری از درآمد خانوار می‌باشد (۱۳)؛ لذا به نتایج حاصل از هزینه‌ی خانوار می‌توان اطمینان بیش‌تری داشت.

افزون بر تولید منابع برای سلامت، نحوه‌ی تجمع آن نیز اهمیت دارد. نظام تجمع منابع مالی نظام سلامت ایران غیرمنسجم بوده و بخش دولتی به تنهایی دارای چهار صندوق اصلی بیمه‌ای از جمله تامین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح، و کمیته امداد می‌باشد. این در حالی است که بانک‌ها، شرکت نفت و برخی سازمان‌های دیگر نیز دارای صندوق‌های منفرد مخصوص به خود می‌باشند. سازمان جهانی بهداشت، ایجاد صندوق‌های متعدد بیمه‌ای را یکی از شاخص‌های گسیختگی در سازماندهی بیمه‌ها می‌داند (۲). چندانکه بودن تجمع خطر، هزینه‌های اداری را بالا می‌برد و سبب دوباره‌کاری در پوشش بیمه‌ها و خدمات می‌شود. همچنین، تعدد صندوق‌ها، توان بیمه‌ها در استفاده از اهرم قدرت در خریدهای راهبردی را کاهش می‌دهد. زیرا وجود خریداران متعدد که با هم در رقابت‌اند، انگیزه‌ی ارابه‌کنندگان را برای بهبود کیفیت و عملکرد تقلیل می‌دهد.

1 Progressive
2 Regressive
3 Deaton

وضعیت شاخص‌های مشارکت‌مالی خانوار در ایران

اگر بخواهیم به این سوال پاسخ دهیم که چه کسی در ایران هزینه‌های سلامت را پرداخت می‌کند، باید به آمارهای مربوط به پرداخت مستقیم از جیب، هزینه‌های کمرشکن سلامت و فقر ناشی از سلامت نگاهی بیندازیم. افزون بر این، اگر بخواهیم بدانیم که نحوه‌ی توزیع بار پرداخت این هزینه‌ها در کشور به چه صورت است، باید نگاهی به شاخص انصاف در مشارکت مالی بیندازیم. آن چه این شاخص‌ها به ما نشان می‌دهند عبارت است از تصویری از میزان و شدتی که مردم از نظر مالی به خاطر هزینه‌های سلامت به زحمت می‌افتند، گروه‌هایی از افراد که بیشتر دچار مشکل مالی می‌گردند و نوع خدماتی که بیشترین مشکل را ایجاد می‌نمایند. این تصاویر جهت تدوین پاسخ‌های سیاست‌گذاری مناسب کمک کننده می‌باشد (۳). اگرچه، هر یک از این شاخص‌ها دارای محدودیت‌هایی می‌باشند که منتقدان بدان پرداخته‌اند، در صورتی که شاخص‌های مذکور همراه با مطالعات بهره‌مندی از خدمات سلامت و موانع مالی دسترسی آرایه گردند (۳) توصیف بهتری از نتیجه‌ی وضعیت تامین مالی کشور برای سیاست‌گذار فراهم می‌کنند.

همان‌طور که در بخش مربوط به وضعیت کشور بحث شد، آمارهای مربوط به پرداخت مستقیم از جیب در کشور، بیانگر سهم بالای مردم در پرداخت‌های سلامت است. اما نکته‌ی مهم‌تر، تاثیر این پرداخت‌ها بر زندگی مردم و رفاه آنان است. مطالعات متعددی در کشور در مورد هزینه‌های کمرشکن سلامت انجام گرفته است (جدول ۳). نتایج ۱۲ پیمایش خانوار اختصاصی که داده‌های آن از طریق مراجعه‌ی خانه به خانه توسط پژوهشگران جمع‌آوری شده است بیانگر درصد بالای این پرداخت‌ها در طیفی از ۶٪ تا ۲۴٪ می‌باشد (۳۳-۲۷، ۱۵، ۲۵، ۲۴، ۲۱، ۱۹)؛ در حالی که نتایج تحلیل داده‌های مرکز آمار ایران این عدد را در حدود ۲ تا ۴ درصد در سال‌های مختلف و مناطق مختلف نشان می‌دهد (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۶). با توجه به بالا بودن میزان پرداخت مستقیم از جیب، بالا بودن هزینه‌های کمرشکن، امری بدیهی است؛ مگر در شرایطی که خانوارها از چنان سطحی از رفاه یا توانایی پرداخت برخوردار باشند که پرداخت‌های مستقیم برای هزینه‌های سلامت کمتر از ۴۰٪ توانایی پرداخت آنان باشد. در دل این تحلیل‌ها، هشدار دیگری برای سیاست‌گذاران وجود دارد و آن این است که این آمارها مربوط به افرادی است که از هزینه‌های سلامت استفاده کرده‌اند و درصدی از افراد که به علت وضعیت ضعیف مالی از مصرف خدمات چشم‌پوشی کرده‌اند، جزء درصدی به حساب آمده‌اند که هزینه‌های سلامت کمتری دارند.

در برخی مطالعات داخلی، به عوامل موثر بر بروز هزینه‌های کمرشکن سلامت نیز توجه شده است. در بسیاری از این مطالعات، فرضیه‌ی تاثیر متغیرهای ویژگی خانوار از جمله بعد خانوار، حضور سالمند یا کودک در خانوار، منطقه‌ی سکونت، جنسیت سرپرست خانوار را بر بروز هزینه‌های کمرشکن مطرح کرده‌اند (۲۴، ۱۷، ۱۹). اما نکته‌ای که باید سیاست‌گذاران بدان توجه کنند این است که ویژگی خانوار نباید عاملی تاثیرگذار بر مواجهه‌ی خانوارها با هزینه‌های بالای سلامت باشد؛ نظام محافظت مالی در برابر هزینه‌های بیماری باید چنان عمل کند که خانوارها بدون توجه به میزان نیاز یا سطح توانایی پرداخت‌شان، بی‌دغدغه بتوانند از خدمات سلامت استفاده کنند. بدیهی است که وجود فردی سالمند در خانوار باعث افزایش نیاز خانوار به خدمات سلامت می‌گردد، اما این افزایش نیاز نباید منجر به احتمال بروز هزینه‌های کمرشکن گردد. نکته سیاستی که این تحلیل‌ها دارد این است که چنین خانوارهایی آسیب‌پذیر می‌باشند؛ لذا در آرایه‌ی بسته‌های حمایتی به آنان باید توجه بیشتری معطوف گردد.

مطالعات بیانگر این است که نوع خدمت استفاده شده نیز بر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت تاثیرگذار است. بستری شدن در بیمارستان و استفاده از خدمات دندان‌پزشکی، احتمال مواجهه را افزایش می‌دهد (۲۴، ۲۹، ۱۹). به عنوان مثال، در شهرستان شیراز استفاده از خدمات دندان‌پزشکی، احتمال مواجهه با هزینه‌های کمرشکن را تا هفت برابر افزایش داده است (۲۹) و در شهر قزوین نیز

۱۶ درصد از مصرف‌کنندگان خدمات دندان‌پزشکی با هزینه‌های کمرشکن مواجه شده‌اند (۲۵). افزون بر این، استفاده از خدمات بخش خصوصی، پرداخت مستقیم از جیب و نیز مواجهه با هزینه‌های کمرشکن را افزایش می‌دهد. در حالی که بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی که از مراکز ارایه‌ی مستقیم خدمات این بیمه استفاده می‌کنند کمتر با هزینه‌های کمرشکن مواجه می‌شوند (۳۴). توجه وزارت بهداشت کشور به اختصاص بودجه به بیمارستان‌های دولتی در طرح تحول سلامت و کاهش فرانشیز پرداختی به ۵ و ۱۰ درصد، احتمال کاهش مواجهه با این‌گونه هزینه‌ها در اثر بستری شدن در بیمارستان‌های دولتی را کاهش می‌دهد؛ اما نکته این است که بیمارستان‌های خصوصی نیز در این میان نقش پررنگی دارند و همان‌طور که حساب‌های ملی سلامت سال ۱۳۸۷ نشان می‌دهد، بخش خصوصی با ظرفیتی حدود ۲۷/۲ درصد ظرفیت تخت‌های بیمارستان‌های دولتی، حدود ۴۲٫۳ درصد از کل هزینه‌ی مراقبت‌های بستری را به خود اختصاص داده‌اند (۱۰) و این به این معناست که اگر دولت بدنبال کاهش هزینه‌های سلامت است، ضروری است سیستم نظارتی خود بر ارایه‌دهندگان خصوصی و به زبان دیگر، نقش تولیدی خود را دقیق‌تر و شفاف‌تر نماید. سوال اساسی دیگر این است که چرا اصولاً نقش ارایه‌دهندگان خصوصی در این میان بسیار پررنگ‌تر است؟ شاید جواب این سوال را باید در کیفیت خدمات بیمارستانی بخش دولتی و خصوصی و یا فعالیت بسیاری از متخصصین در بخش خصوصی جستجو نماییم.

تاثیر وضعیت بیمه بر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن در مطالعات مختلف داخلی متفاوت بوده است. در برخی مطالعات، داشتن بیمه، عاملی تاثیرگذار بر کاهش این هزینه بوده است (۲۲، ۱۹، ۲۹، ۳۴) و در برخی دیگر، بدون تاثیر یا با تاثیر بسیار ناچیز بوده است (۲۴، ۳۰، ۳۱، ۳۲). بیمه یکی از مداخلات و اصلاحاتی است که جهت کاهش هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب و مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت پیشنهاد می‌گردد؛ اما نتایج مطالعات داخلی تا حدودی کارآمدی ناقص بیمه‌ها در ایران را نشان می‌دهد که می‌تواند ناشی از شکاف بالای هزینه‌ای و خدماتی بیمه‌های سلامت باشد. تنها افزایش پوشش جمعیتی، بدون توجه به میزان تسهیم هزینه و نیز خدمات تحت پوشش نمی‌تواند تضمین‌کننده‌ی کاهش هزینه‌های مستقیم از جیب گردد. صرف نظر از ناکارایی نسبی بیمه‌ها، مطالعات داخلی نشان می‌دهد که در فاصله‌ی زمانی ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵، پیش‌پرداخت‌ها در کشور به طور میانگین پسرورنده یا نزولی است؛ به عبارت دیگر، افراد با درآمد کمتر سهم بیشتری از منابع خود را به پیش‌پرداخت اختصاص می‌دهند. نکته‌ی حایز اهمیت این است که زمانی که به اجرای برنامه‌ی بیمه‌ای اقدام می‌شود باید به تاثیرات آن از نظر عدالت توجه داشت. اجرای طرح بیمه‌ی بستری شهری در سال ۲۰۰۰ برای خانوارهای فاقد بیمه در شهرها، تاثیر نزولی بر شاخص کاکوانی پرداخت‌های مستقیم از جیب مردم داشته است. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد که خانوارهای ثروتمندتر از این یارانه‌ی دولتی استفاده کرده‌اند و این طرح به افزایش نابرابری کمک کرده است (۱۴).

تقریباً در بیشتر مطالعات، وضعیت اقتصادی خانوار تاثیر مهمی بر مواجهه داشته است (۱۹، ۲۹، ۲۲). شواهد مطالعات مختلف نشان داده است که شاخص تمرکز مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت منفی است (۱۹ و ۳۴) و بیانگر تمرکز آن در بین خانوارهای کم‌درآمدتر می‌باشد. این نکته، لزوم فعالیت‌های بین بخشی جهت افزایش وضعیت رفاه خانوارها و افزایش توانایی پرداخت آن‌ها، و از سوی دیگر ضرورت توجه به رویکردهای معافیت از پرداخت برای دریافت خدمات در گروه‌های کم‌درآمد را پررنگ می‌نماید.

در جدول ۴، آمار مربوط به فقر ناشی از استفاده از خدمات سلامت نشان داده شده است. این نسبت از حدود ۱/۵ تا ۱۱ درصد در سال‌های مختلف گزارش شده است (۱۶-۱۸ و ۲۶، ۲۷، ۳۱، ۳۵)؛ البته با این تفاوت که در مورد هزینه‌های فقرزای سلامت، دامنه‌ی تغییرات نتایج پیمایش‌ها با نتایج تحلیل داده‌های مرکز آمار ایران تفاوت چشمگیری ندارد. این در حالی است که پیمایش‌های اختصاصی جهت برآورد هزینه‌های فقرزای سلامت در کشور کم‌تر انجام گرفته است. در هر حال، بر اساس پژوهش‌های موجود نیز می‌توان نتیجه گرفت که هزینه‌های سلامت باعث به ورطه‌ی فقر افتادن درصد قابل ملاحظه‌ای از مردم کشور می‌گردد. در یکی از

مطالعات نشان داده شده است که پرداخت جهت دریافت خدمات سلامت، جمعیت زیر خط فقر را ۱۳ درصد افزایش می‌دهد (۱۷). زمانی که خانوار برای تامین هزینه‌های درمان، مجبور به فروش دارایی، قرض از دوستان و آشنایان باشند، بیرون آمدن از این ورطه کار آسانی نخواهد بود. این در حالی است که خانوارهای پنجگ‌های پایین اقتصادی به علت کم بودن قدرت توانایی پرداخت کلی، نسبت به پرداخت هزینه‌های سلامت حساس‌تر هستند و حتی فقیر شدن آنان گاهی بدون مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت رخ می‌دهد. از طرف دیگر، در بهترین حالت، نحوه‌ی توزیع هزینه‌های سلامت بین خانوارها در کشور بر اساس شاخص انصاف در مشارکت مالی، در بهترین حالت، ۰/۸۳ و در مطالعات محلی به ۰/۵۷ نیز رسیده است (۱۶-۱۸ و ۲۰، ۲۱، ۲۶، ۲۹) که با ۱ فاصله زیادی دارد و نابرابری در مشارکت برای تامین مالی سلامت را نشان می‌دهد (جدول ۵)؛ به عبارت دیگر، فاصله‌ی این شاخص با عدد یک بیانگر این است که خانوارها سهم مالی برابری نسبت به ظرفیت پرداختشان به نظام سلامت نداشته‌اند. این در حالی است که شاخص در کشورهای پیشرفته نزدیک به ۱ می‌باشد.

جدول ۳. مطالعات مرتبط با هزینه‌های کمرشکن سلامت در ایران

نویسندگان	حجم نمونه	مکان	سال مطالعه	منبع داده	هزینه‌های کمرشکن سلامت	شماره رفرنس
صوفی و همکاران	۱۰۳۰۰	ایران	۲۰۰۱	پیمایش جهانی سلامت	۱۵/۳۱	۱۵
راغفر و همکاران	۳۰۰۰۰	ایران	۱۹۸۴-۲۰۱۰	مرکز آمار ایران	۰/۸۳	۱۶
محمد علیزاده و فضایی	۳۲۰۰۰	ایران	۲۰۰۲	مرکز آمار ایران	۳/۹	۱۷
رضوی و همکاران	-	ایران	۲۰۰۲	مرکز آمار ایران	۲/۳	۱۸
کاوسی و همکاران	۵۷۹	منطقه ۱۷ تهران	۲۰۰۳	پیمایش خانوار	۱۲/۶	۱۹
مهرآرا و همکاران	۳۱۲۸۳	ایران	۱۳۸۲	مرکز آمار ایران	۱/۵۲	۲۰
کاوسی و همکاران	۵۹۲	منطقه ۱۷ تهران	مهرآرا و همکاران	۳۱۲۸۳	ایران	۱۳۸۶
کاوسی و همکاران	۵۹۲	منطقه ۱۷ تهران	۲۰۰۸	پیمایش خانوار	۱۱/۸	۱۹
دانش کوهان و همکاران	۱۸۹	کرمانشاه	۲۰۰۸	پیمایش خانوار	۲۲/۲	۲۱
نکویی مقدم و همکاران	۳۹۰۸۸	ایران	۲۰۰۸	مرکز آمار ایران	۲/۸	۲۲
نکویی مقدم و همکاران	۱۴۸۰	استان کرمان	۲۰۰۷	مرکز آمار ایران	۴/۱	۲۳
غامری و همکاران	۴۰۰	استان یزد	۲۰۱۱	پیمایش خانوار	۸/۳	۲۴
آصف زاده و همکاران	۱۰۰	شهرک مینوی قزوین	۲۰۱۱	پیمایش خانوار	۲۴	۲۵
یوسفی و همکاران	۳۶۰۷۱	ایران	۲۰۱۱	مرکز آمار ایران	۳/۳۸	۲۶
واعظ مهدوی و همکاران	۱۶۰۰	تهران	۲۰۱۱	پیمایش خانوار	۱۳/۳	۲۷
صابرماهانی و همکاران	۳۴۷۰۰	تهران	۲۰۱۱	پیمایش خانوار	۱۱/۳	۲۸
کاوسی و همکاران	۸۰۰	شهرستان شیراز	۲۰۱۲	پیمایش خانوار	۱۴/۲	۲۹
غامری و همکاران	۳۸۴	شهرستان تربت حیدریه	۲۰۱۲	پیمایش خانوار	۶/۷۷	۳۰
رضاپور و همکاران	۲۲۰۰	تهران	۲۰۱۳	پیمایش خانوار	۶/۵۴	۳۱
غفوری و همکاران	۷۹۲	تهران	۲۰۱۴	پیمایش خانوار	۷/۲	۳۲
قدوسی نژاد و همکاران	۱۰۰	فردوس	۲۰۱۴	پیمایش خانوار	۲۴	۳۳

جدول ۴. مطالعات مرتبط با فقر ناشی از سلامت در ایران

نویسندگان	حجم نمونه	مکان	سال مطالعه	منبع داده	درصد فقر ناشی از هزینه‌های سلامت
راغفر و همکاران	۳۰۰۰۰	ایران	۱۹۸۴-۲۰۱۰	مرکز آمار ایران	۱/۴-۵/۴
رضوی و همکاران	-	ایران	۱۹۸۱-۱۹۷۴	مرکز آمار ایران	۲
علیزاده و فضایی	۳۲۰۰۰	ایران	۲۰۰۲	مرکز آمار ایران	۱۱/۵٪-۳٪ از خانوارهای زیر خط فقر
یوسفی و همکاران	۳۶۰۷۱	ایران	۲۰۱۱	مرکز آمار ایران	۱/۵۲
رضاپور و همکاران	۲۲۰۰	تهران	۲۰۱۳	پیمایش خانوار	۴/۸۳
واعظ مهدوی و همکاران	-	تهران	۱۳۹۰	پیمایش خانوار	۴/۷
کاوسی و همکاران	۵۷۹ ۵۹۲	منطقه‌ی ۱۷ تهران	۱۳۸۲ ۱۳۸۶	پیمایش خانوار	۱۰/۲ ۵/۵

جدول ۵. مطالعات مرتبط با شاخص انصاف در مشارکت مالی

نویسندگان	حجم نمونه	مکان	سال مطالعه	منبع داده	شاخص انصاف در مشارکت مالی
راغفر و همکاران	۳۰۰۰۰	ایران	۱۹۸۴-۲۰۱۰	مرکز آمار ایران	۰/۸۳-۰/۷۵
رضوی و همکاران	-	ایران	۱۳۷۳-۱۳۸۱	مرکز آمار ایران	۸۳/۰
علیزاده و فضایی	۳۲۰۰۰	ایران	۲۰۰۲	مرکز آمار ایران	۰/۸۱
یوسفی و همکاران	۳۶۰۷۱	ایران	۲۰۱۱	مرکز آمار ایران	۰/۶۳
دانش کوهان و همکاران	۱۸۹	کرمانشاه	۲۰۰۸	پیمایش خانوار	۰/۵۷
مهرآرا و همکاران	۳۱۲۸۳	ایران	۱۳۸۶-۱۳۸۲	مرکز آمار ایران	۰/۸۳
کاوسی و همکاران	۸۰۰	شهرستان شیراز	۲۰۱۲	پیمایش خانوار	۰/۶

محافظت مالی در اسناد بالادستی

از آن جایی که شاید بتوان گفت پاشنه‌ی آشیل تامین مالی سلامت در کشور، میزان بالای پرداخت مستقیم از جیب می‌باشد، کاهش پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت همواره یکی از اولویت‌های مهم سلامت در ایران بوده و هست؛ به طوری که در ماده‌ی ۹۰ قانون برنامه‌ی چهارم توسعه کشور (۱۳۹۰-۱۳۸۶) ذکر شده است که "برای تأمین دسترسی عادلانه‌ی مردم به خدمات بهداشتی-درمانی و کاستن از سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب پذیر در پرداخت هزینه‌ها، توزیع منابع و امکانات باید به نحوی صورت گیرد که شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم به ۰/۹۰ ارتقایابد و آنچه مردم سالانه به طور مستقیم از جیب خود می‌پردازند بیش از ۳۰ درصد نباشد". در همین ماده عنوان شده است که نسبت خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت باید به کمتر از ۱٪ کاهش یابد (۳۶). این موضوع مجدداً در بند ب ماده ۳۴ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه کشور (۱۳۹۴-۱۳۹۰) نیز تکرار شده است. در

این بند آمده است به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت، سهم هزینه‌های مستقیم مردم برای خدمات سلامت حداکثر ۳۰ درصد گردد (۳۷). افزون بر این، در برنامه‌ی پنجم توسعه، راهکارهایی جهت تحقق این هدف ارائه شده است؛ از جمله در بند ب ماده ۳۴ آمده است: "به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد هزینه‌های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، ده درصد خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده می‌شود. دولت موظف است اعتبار مزبور را هر سال برآورد کرده و در ردیف خاص در لایحه‌ی بودجه‌ی ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منظور نماید تا برای موارد فوق‌الذکر هزینه گردد". در بند ب ماده ۳۷ نیز به منظور محافظت مالی خانوارها در برابر هزینه‌های بیماری و جراحات عنوان شده است که برای تأمین بخشی از منابع لازم جهت ارائه‌ی خدمات تشخیصی و درمانی به مصدومین حوادث و سوانح رانندگی، معادل ده درصد از حق بیمه‌ی شخص ثالث، سرنشین و مازاد از شرکت‌های بیمه تجاری اخذ شده و به طور مستقیم طی قبض جداگانه به حساب درآمدهای اختصاصی نزد خزانه‌داری کل کشور به نام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریزی گردد. همچنین ماده ۳۸ به توسعه‌ی کمی و کیفی بیمه‌های سلامت از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت تأکید نموده است. بند الف این ماده بر موضوع بیمه‌ی اجباری و همگانی و بند ب بر تشکیل سازمان "بیمه‌ی سلامت ایران" تأکید داشته است (۳۷).

افزون بر این، در برنامه‌ی تحول سلامت نیز توجه خاصی به پرداخت مستقیم از جیب مردم شده است به طوری که از شش برنامه، دو برنامه به صورت مستقیم در این ارتباط می‌باشند که عبارتند از: "برنامه‌ی کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" و "برنامه‌ی حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند" (۳۸). هدف کلی برنامه‌ی حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت اقشار آسیب‌پذیر، کاهش پرداخت مستقیم از جیب بیماران بستری شده‌ی بیمه‌ای به ۱۰٪ در بیمارستان‌های دولتی و جلوگیری از ارجاع بیماران برای خرید دارو، لوازم مصرفی پزشکی و خدمات تشخیصی درمانی به خارج بیمارستان است. برنامه‌ی حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند، به منظور حفاظت مالی از بیماران نیازمند در برابر هزینه‌های سنگین درمان، از طریق پوشش فرانشیز و شکاف هزینه‌ی بیمه‌ای ضروری نظیر اقدامات تشخیصی، درمانی، دارویی، ملزومات مصرفی بیماران مبتلا به بیماری‌های ویژه از جمله تالاسمی، هموفیلی، ام‌اس، دیالیز، سرطان، پیوند کلیه، کاشت حلزون گوش، بیماری‌های روانی، پیوند اعضا، صرع مقاوم به درمان و چند بیماری مزمن و سخت‌درمان، و نیز کمک به بیماران بستری نیازمند حمایت مبتلا به بیماری‌های غیرویژه با در نظر گرفتن گروه‌های ویژه نظیر کودکان بی‌سرپرست و زنان سرپرست خانوار تدوین شده است (۳۸).

تجارب سایر کشورها

کشورهای مختلف دنیا در حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت، مداخلات و اصلاحات متنوعی را در بعد محافظت مالی اجرا کرده اند؛ البته شایان ذکر است که کشورهای توسعه یافته و با درآمد بالا، دارای کمترین میزان پرداخت مستقیم از جیب نسبت به گروه کشورهای با درآمد کم، متوسط و متوسط به بالا می‌باشند (۹). از جمله‌ی این کشورها انگلستان و آلمان می‌باشند که این اصلاحات را

سالیان پیش در زمان شکل‌دهی نظام تامین مالی مد نظر داشته و اجرا کرده اند. در این قسمت، پس از مروری گذرا بر وضعیت تامین در کشور انگلستان و آلمان تجارب کشورهای ترکیه، تایلند، مکزیک، کره جنوبی و چین ارایه می‌شود (جدول ۶).

انگلستان

نظام خدمات ملی سلامت انگلستان^۱، در سال ۱۹۴۸ با هدف ارایه‌ی خدمات سلامت رایگان به همه‌ی شهروندان انگلیسی شکل گرفت. نظام تامین مالی نظام خدمات ملی سلامت انگلستان مبتنی بر مالیات می‌باشد. در سال ۲۰۱۱، ۹٪ از سرانه ناخالص ملی در این کشور به سلامت اختصاص داده شده است که ۸۲٪ آن هزینه‌های دولتی بوده است (۹).

آلمان

نظام تامین مالی کشور آلمان، مدیون تحولات اواخر قرن ۱۹ می‌باشد که طی آن، صندوق‌های بیمه‌ای به دستور بیسمارک شکل گرفت. این صندوق‌ها، اساس نظام بیمه‌ی اجتماعی سلامت آلمان می‌باشند؛ حق بیمه توسط افراد به صورت پیش‌رونده پرداخت می‌گردد و جبران خدمت ارایه دهندگان خدمات توسط صندوق‌های بیمه‌ای انجام می‌گیرد. پرداخت مستقیم از جیب خانوارها محدود به خرید داروهای بدون نسخه و برخی تجهیزات درمانی (برای مثال، بهای عینک طبی را بیمه می‌پردازد اما اگر کسی بخواهد عینکی با کیفیت بالاتر داشته باشد، لازم است ما به التفاوت آنرا بپردازد) می‌شود (۳۹). در آلمان، بیش از ۸۰ درصد هزینه‌های دولتی بخش سلامت از حق بیمه‌ی اجتماعی سلامت تامین می‌گردد (۹).

ترکیه

درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن و فقر ناشی از هزینه‌های سلامت در ترکیه به ترتیب ۰/۶ و ۰/۴ گزارش شده است. نظام سلامت کشور ترکیه در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت، حذف عدم یکپارچگی و تکثیر دسترسی به بیمه‌ی سلامت و خدمات سلامت را مدنظر قرار داده است. تا قبل از سال ۲۰۰۳، بیش‌تر (۶۰ تا ۷۰ درصد) تامین مالی سلامت در این کشور از منابع عمومی بود و بقیه از بیمه‌های خصوصی و پرداخت مستقیم از جیب تامین می‌شد. از سال ۲۰۰۳، ترکیه برنامه‌ی تحول سلامت^۲ را به منظور رفع مشکلاتی چون پرداخت مستقیم از جیب که تا ۵۰٪ تخمین زده می‌شد و ناکارایی در استفاده از منابع بخش سلامت آغاز کرد. هدف این برنامه، سازماندهی و فراهم کردن منابع و ارایه‌ی خدمات سلامت به شیوه‌ای موثر، بهره‌ور و عادلانه است. تا قبل از سال ۲۰۰۶، ۷۰٪ مردم ترکیه تحت پوشش پنج برنامه‌ی بیمه‌ای متفاوت از نظر بستگی مزایا و قوانین بودند. اول، سازمان تامین اجتماعی که بر اساس حقوق، حق بیمه دریافت می‌کرد و بیشترین افراد تحت پوشش را دارا بود. برنامه‌ی دوم، صندوق بازنشستگی کارکنان دولت بود که از مشارکت مستخدمین دولتی فعال استفاده می‌کرد. سومین برنامه، بیمه‌ی مستخدمین دولت بود که از بودجه‌ی دولت تامین می‌شد. برنامه‌ی بگ کور^۳، برنامه‌ی عمومی دیگری بود که افراد خویش فرما یا سایر افرادی که تحت پوشش برنامه‌ی فوق نبودند را پوشش می‌داد. برنامه‌ی آخر نیز طرح کارت سبز بود که افراد کمتر از سطح درآمدی خاص را پوشش می‌داد و

1 NHS

2 Health Transformation Program (HTP)

3 Bag-kur

از طریق بودجه‌ی دولت تامین مالی می‌شد.

در همه‌ی برنامه‌های بیمه‌ای فوق، به غیر از کارت سبز، افراد در زمان استفاده نوعی مشارکت در پرداخت داشتند. وزارت بهداشت برای همه‌ی تسهیلات سلامت، سطوحی از پرداخت را تعیین کرده بود. به عنوان مثال، بیمه‌شدگان تامین اجتماعی باید برای خدمات سرپایی ۲۰٪ از هزینه را پرداخت می‌کردند و برای خدمات بستری، نیازی به هیچ نوع پرداختی نبود. بیمه‌های خصوصی متفاوت‌تر بود اما غالباً برای خدمات سرپایی ۲۰٪ بود. تقریباً یک سوم جمعیت، هیچ نوع پوشش بیمه‌ای نداشتند و مجبور به پرداخت مستقیم از جیب در زمان استفاده از خدمات بودند. در سال ۲۰۰۶، ۱۹/۳٪ از هزینه‌های سلامت مستقیم از جیب پرداخت می‌شد. بنابراین، چندین اصلاحات جهت هماهنگی مزایای بیمه‌ای در این کشور صورت گرفت. در سال ۲۰۰۵، به منظور محافظت مالی دارندگان کارت سبز، دسترسی به خدمات سرپایی و دارویی برای آن‌ها فراهم شد و بدین ترتیب آن‌ها از مزایایی که سایر بیمه‌ها داشتند برخوردار شدند. در سال ۲۰۰۵، دسترسی به همه‌ی بیمارستان‌ها و داروخانه‌های دولتی برای بیمه‌شدگان تامین اجتماعی فراهم شد. در سال ۲۰۰۶، لیست دارویی تحت پوشش در بین همه‌ی برنامه‌های بیمه‌ای، یکسان شد. در سال ۲۰۰۷، مقرر شد همه‌ی شهروندان ترکیه به خدمات مراقبت اولیه به صورت رایگان دسترسی داشته باشند حتی اگر تحت پوشش بیمه نباشند. در سال ۲۰۰۶، قانون ۵۵۰۲ و قانون ۵۵۱۰ (قانون تامین اجتماعی و بیمه‌ی همگانی سلامت) با هدف یکی کردن سه برنامه‌ی بیمه‌ای تامین اجتماعی، بگ کور و صندوق بیمه‌ی بازنشستگان دولت تصویب شد. هم‌اکنون این سه بیمه تحت عنوان "صندوق بیمه‌ی همگانی سلامت"^۱ می‌باشد. افزون بر این، نظام پزشکی خانواده در کشور ترکیه راه اندازی شد.

در هر حال، شواهد بیانگر این است که اصلاحات در کشور ترکیه باعث شده است این نظام از نظر محافظت مالی، عملکرد خوبی ارائه دهد؛ سهم منابع بخش عمومی در کل منابع سلامت افزایش یافته است، پرداخت مستقیم از جیب نسبتاً پایین و صعودی است، به طوری که تعداد خانوارهای با پرداخت مستقیم از جیب صفر، افزایش یافته است و نیز سطح فقر ناشی از سلامت نیز پایین آمده است (۴۰-۴۲).

تایلند

در سال ۲۰۰۲، نظام سلامت کشور تایلند طرح پوشش همگانی^۲ را معرفی کرد. در این طرح با استفاده از برنامه‌ی بیمه‌ی سلامت مبتنی بر مالیات، حدود ۴۷ میلیون نفر از مردم تایلند که تا پیش از این تحت پوشش بیمه‌ی پزشکی کارکنان دولت^۳ یا طرح تامین اجتماعی^۴ نبودند بیمه شدند (۴۳). افزون بر این، در سال ۲۰۰۶، مبلغ ثابتی که افراد در زمان مراجعه باید به عنوان مشارکت در پرداخت هزینه می‌کردند نیز حذف شد.

شواهد نشان می‌دهد که اجرای این اصلاحات، باعث کاهش ۶۳ درصدی هزینه‌های کمرشکن سلامت در این کشور در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۶ شده است^۵. این کاهش به ویژه در دهک فقیر جمعیتی بیشتر بوده است که نشانگر موفقیت این برنامه در محافظت از فقرا است (۴۴). با اجرای طرح پوشش همگانی، نظام تامین مالی سلامت تایلند بیشتر صعودی گردید که ناشی از استراتژی

1 Universal Health Insurance Fund (UHI Fund)

2 Universal coverage (UC)

3 CSMBS

4 SSS

۵ در مطالعه مذکور از آستانه بیش از ۱۰٪ کل درآمد به عنوان هزینه کمرشکن استفاده شده است و نه ۴۰٪ توانایی پرداخت

های زیر بود: سهم بالای منابع مالی از مالیات مستقیم پیشرونده؛ کاهش میزان نزولی بودن پرداخت‌های مستقیم از جیب و در عین حال کاهش سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب از کل منابع تامین مالی؛ کاهش میزان نزولی بودن مالیات غیرمستقیم و افزایش اندک سهم مالیات غیرمستقیم در تامین مالی.

عواملی که موجب کاهش هزینه‌های کمرشکن سلامت در تایلند گردید عبارت بودند از: جامع بودن بسته‌ی مزایا شامل خدمات سرپایی و بستری، تصادفات و اورژانس و همه‌ی داروها؛ پیشگیری و ارتقای سلامت و نیز سایر درمان‌های گران‌قیمت از جمله شیمی درمانی، جراحی قلب، و از سال ۲۰۰۸ پیوند کلیه و دیالیز. این بسته‌ی مزایای کامل باعث شد مردم پرداخت کمی برای خدمات خارج از بسته داشته باشند؛ بعلاوه، افراد تحت پوشش همگانی بسیار طبق برنامه عمل کرده و کمتر از خدمات خارج از برنامه استفاده می‌کنند. از طرف دیگر، با قراردادن مبلغ ثابت ۱ دلار به ازای هر مراجعه، مصرف کنترل شد اما همان‌طور که قبلاً ذکر شد به دلایل سیاسی این پرداخت حذف گردید (۴۳-۴۴).

مکزیک

کشور مکزیک به منظور حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت، اصلاحاتی به نام (Seguro Popular (SP را با هدف ارتقای محافظت مالی افراد فاقد بیمه در برابر هزینه‌های سنگین سلامت در سال ۲۰۰۳ آغاز کرد. تا قبل از سال ۲۰۰۱، پوشش بیمه‌ی سلامت در مکزیک فقط مختص کارکنان بخش رسمی بود. این بیمه‌ها شامل نظام بیمه‌ی اجتماعی مکزیک^۱، موسسه‌ی خدمات و تامین اجتماعی کارکنان دولت^۲ و نیز برنامه‌ی بیمه‌ای خاص برای کارکنان وزارت نفت^۳ و دفاع^۴ بود.

افراد شاغل در بخش غیر رسمی اقتصاد این کشور و خویش‌فرمایان، یا باید از تسهیلات تحت حمایت وزارت بهداشت استفاده می‌کردند و یا پرداخت مستقیم از جیب می‌داشتند. شواهد، بیانگر پرداخت مستقیم بالای خانوارها برای سلامت به ویژه در بین روستاییان، فقرا، سالمندان و حتی برای مراقبت‌های بارداری بوده است. بیشترین هزینه‌های کمرشکن، مربوط به مراقبت سرپایی و دارو بوده است. بدین ترتیب، شواهد حاصل از پرداخت‌های زیاد مستقیم از جیب و نیز هزینه‌های کمرشکن سلامت در این کشور انگیزه‌ای شد تا نظام محافظت اجتماعی در بخش سلامت اجرا گردد. هدف اصلی این نظام پوشش مالی، دسترسی به خدمات سلامت برای خانوارهای فقیر بود؛ البته خانوارها در انتخاب آزاد بودند. تا پایان سال ۲۰۰۵، سی و دو استان مکزیک، در برنامه مشارکت کردند و تقریباً چهار میلیون خانوار معادل ۱۲ میلیون نفر در این برنامه‌ی داوطلبانه ثبت‌نام کردند. در این برنامه، ۲۵۰ بیماری و داروهای مرتبط با آن تحت پوشش قرار داده شدند. این برنامه‌ی بیمه‌ای توسط دولت فدرال و ایالتی تامین مالی می‌گردد. با این وجود، خانوارها نیز بر حسب توانایی پرداخت‌شان مشارکت مالی دارند. خانوارهای دو دهک اول درآمدی از پرداخت معاف هستند اما بقیه خانوارها بسته به دهک درآمدی، بایستی سالانه از ۵۰ تا ۷۷۰ دلار پرداخت داشته باشند. به منظور تعیین وضعیت درآمد خانوار از پرسشنامه‌ای که در زمان ثبت‌نام توسط سرپرست خانوار تکمیل می‌شود استفاده می‌کنند. در طی سال‌های ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷، فقط ۰/۶ درصد از منابع

1 IMSS
2 ISSSTE
3 PEMEX
4 SEDENA

طرح، توسط خانوارها و بقیه توسط دولت تامین شده بود. تقریباً ۹۰٪ منابع دولت به منظور ارایه‌ی خدمات تحت پوشش اختصاص داده شد. ۸٪ از منابع جهت پوشش بیماری‌های دارای هزینه بالا و ۳٪ نیز برای تامین فراساختارهای درمانی و مراقبت‌های درمانی غیربرنامه‌ریزی شده در نظر گرفته شده بود. نتیجه‌ی پیمایشی که به منظور ارزیابی تأثیر این اصلاحات در سال ۲۰۰۶ در این کشور انجام شد نشان داد که درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن در بین ثبت‌نام شدگان این برنامه ۶۴/۶٪ بود؛ در حالی که این رقم در بین غیر بیمه‌شدگان ۹۵/۳۹٪ بود. نتیجه‌ی پیمایش دیگر نیز نشان داد که ۴/۷ درصد از خانوارهای بیمه شده و ۶/۶۷٪ از خانوارهای بیمه نشده، بیش از ۳۰٪ توانایی پرداخت‌شان را صرف سلامت کرده‌اند. از نظر پرداخت مستقیم از جیب، پیمایش ارزیابی تأثیر SP، نشان داد که افراد تحت پوشش این برنامه به صورت معناداری کمتر از افراد بیمه نشده برای سلامت هزینه می‌کنند. به طور کلی، شواهد بیانگر این است که برنامه و مداخله‌ی بیمه‌ای برای فقرا در کشور مکزیک نقش موثری در ارتقای پوشش مالی خانوارها داشته است (۴۵-۴۶).

کره‌ی جنوبی

شواهد بیانگر این است که درصد هزینه‌های کمرشکن در کره جنوبی در سال ۲۰۰۵ از ۲٪ در مناطق شهری تا ۳٪ در مناطق روستایی می‌باشد (۴۷). کشور کره‌ی جنوبی به عنوان یک "نمونه‌ی برجسته" از نظر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در زمانی کوتاه شناخته شده است. در سال ۱۹۷۶، سیاستی در کره تصویب شد که طی آن این کشور تا سال ۱۹۸۹ باید به پوشش همگانی سلامت دست می‌یافت.

برنامه‌ی بیمه‌ی سلامت کره در سال ۱۹۶۳ با بیمه‌ی داوطلبانه و بازپرداخت برای کارکنان آغاز شد. بعد از دو سال، با شش هزار بیمه‌گر و هزینه‌ی اجرایی بالا، امکان توزیع مناسب خطر وجود نداشت و به همین دلیل، قانون بیمه‌ی سلامت اصلاح گردید و در سال ۱۹۷۷ دوره‌ی بیمه‌ی اجباری برای شرکت‌هایی با بیش از ۵۰۰ کارمند در کره جنوبی آغاز شد و در سال ۱۹۷۹، ۱۹۸۱، ۱۹۸۳ و ۱۹۸۸ به ترتیب، به شرکت‌هایی با ۳۰۰، ۱۰۰ و حتی ۱۶ کارمند توسعه یافت. آخرین توسعه‌های بیمه مربوط به سال ۱۹۸۸ در مورد روستاییان خویش‌فرما و سال ۱۹۸۹، برای شهرنشینان خویش‌فرما بود. شواهد بیانگر این است که از زمان قانون بیمه، ۲۶ سال و از زمان ابلاغ بیمه‌ی ملی سلامت، ۱۲ سال طول کشید تا کره به پوشش همگانی خدمات دست یابد.

کره برنامه‌ی بیمه‌ی ملی سلامت خود را در دوره‌ای از رشد اقتصادی بالا و با ثبات که درآمد بیشتری را به دولت، خانوارها و شرکت‌ها تزریق می‌کرد گسترش داد؛ به طوری که توانایی آن‌ها برای مشارکت در برنامه‌های بیمه‌ای بالا بود. صنعتی شدن، باعث افزایش تعداد شاغلین بخش رسمی و نیز تشویق به شهرنشینی شد و این امر، جمع‌آوری مشارکت‌ها و نیز توسعه‌ی عضویت اجباری را امکان‌پذیر ساخت.

در حقیقت، پوشش بیمه‌ای در این کشور از طریق توسعه‌ی تدریجی کارکنان حقوق بگیر و سپس جمعیت‌های آسیب‌پذیر (مانند افراد کم درآمد) و در نهایت خویش‌فرمایان انجام گرفت. افزون بر این، شروع برنامه بیمه‌ی اجباری با شروع رشد اقتصادی این کشور همراه بود. برنامه‌های دولت کره، سیاستی به نام "توقف زیان" را با هدف پیشگیری از مواجهه مردم با خسارت‌های مالی شدید ناشی از هزینه‌های سلامت اتخاذ نموده است (۴۹-۴۷).

چین

چین به عنوان وسیع‌ترین کشور در حال توسعه‌ی دنیا، چالش‌های قابل توجهی جهت ارائه‌ی خدمات سلامت عادلانه، قابل خرید و باکیفیت در طی یک دهه‌ی گذشته داشته است. نظام سلامت چین از نظر کارایی پایین، نبود کفایت بهره‌وری و دسترسی به خدمات سلامت، و افزایش هزینه‌ها مورد انتقاد بوده است. در سال ۲۰۰۸، نسبت پرداخت از جیب مردم به کل هزینه‌های سلامت در این کشور ۴۰٪ گزارش شده است (۵۰). در مطالعه‌ی لی (۲۰۰۸)، درصد هزینه‌های کمرشکن سلامت در این کشور ۱۵٪ برآورد شده است که از طیفی بین ۹ تا ۲۴ درصد متغیر بوده است (۵۱). در سال ۲۰۰۹، دولت چین هدف دستیابی به پوشش همگانی سلامت از طریق بیمه‌ی اجتماعی پایه پزشکی تا سال ۲۰۱۱ را اعلام کرد.

نظام بیمه‌ی پایه‌ی سلامت چین شامل چند بیمه‌ی اصلی می‌باشد که عبارتند از نظام بیمه‌ی پایه‌ی پزشکی کارکنان شهری^۱، نظام جدید بیمه‌ی مشارکتی روستایی^۲ و نظام بیمه‌ی پایه‌ی پزشکی ساکنین شهر^۳. هر چند بیمه‌ی خصوصی نیز وجود دارد، این بیمه درصد کمی از افراد با درآمد بالای جامعه را پوشش می‌دهد.

با وجود نظام بیمه‌ای در این کشور، به علت فرانشیز بالا، هنوز پرداخت مستقیم از جیب، قابل ملاحظه می‌باشد. شیوه‌ی تجمع خطر غیرمتمرکز با ۷۴۵۰ صندوق بیمه‌ای، یکی از علل شکست نظام بیمه‌ای چین در محافظت مالی بیمه‌شدگان است. اختیاری بودن انتخاب صندوق‌ها باعث کاهش یارانه‌ی متقاطع از ثروتمندان به فقرا شده است. افزون بر این، سطح فرانشیز و نحوه‌ی بازپرداخت متفاوت در صندوق، یکی دیگر از علل ناکامی در محافظت مالی مردم در برابر بیماری بوده است (۵۰، ۵۱).

جدول ۶. هزینه‌های کمرشکن سلامت در کشورهای منتخب

نام کشور	سال مطالعه	منبع داده	درصد هزینه‌های کمرشکن	شماره منبع
ترکیه	۲۰۰۶	پیمایش ملی خانوار	۰/۶	۴۰
تایلند	۲۰۰۰	پیمایش ملی خانوار	۵/۴	۴۴
	۲۰۰۲	پیمایش ملی خانوار	۲/۳	
	۲۰۰۴	پیمایش ملی خانوار	۲/۸	
	۲۰۰۶	پیمایش ملی خانوار	۲	
مکزیک	۲۰۰۶	پیمایش ارزیابی تاثیر SP ^{۱۱}	۶/۶۴	۴۵
	۲۰۰۶	پیمایش ارزیابی تاثیر SP	۹/۳۹	
	۲۰۰۶	پیمایش ملی سلامت و تغذیه ^{۱۲}	۴/۷۱	
	۲۰۰۶	پیمایش ملی سلامت و تغذیه	۶/۶۷	
کره		شهری	۲/۱۵	۴۷
		روستایی	۳/۴۴	
چین	۲۰۰۸	پیمایش هزینه و بهره‌مندی بهداشت و درمان	۱۵/۴	۵۱
آلمان	۲۰۰۳	پیمایش درآمد و مصرف	۰/۰۳	۵۲
انگلستان	۲۰۰۳	پیمایش هزینه خانوار	۰/۰۴	۵۳

1 Urban Employee Basic Medical Insurance System (UEBMI)

2 New Rural Cooperative Medical System (NRCMS)

3 Urban Resident Basic Medical Insurance System (URBMI)

استراتژی‌های پیشنهادی برای ایران

مطالعات داخلی با ارایه‌ی نتایج متفاوتی از شاخص‌های مرتبط با محافظت مالی در کشور، لزوم وجود گروه‌های مشخص با ابزار مناسب و در نظر داشتن ملاحظات روش‌شناختی جهت جمع‌آوری اطلاعات معتبر در این رابطه را پررنگ‌تر می‌کند. پیمایش‌های مرتبط با ارزیابی وضعیت مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت باید به صورت سالیانه انجام گیرد تا بتوان تاثیر اجرای سیاست‌های خاص در کشور را نیز بر این اساس پایش کرد. تجارب سایر کشورها نیز نشان می‌دهد که یکی از عوامل موفقیت کشورهای موفق مانند تایلند و ناکامی کشورهای ناموفق مانند چین در پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت، نظام بیمه‌ای این کشورها می‌باشد. لذا به نظر می‌رسد یکی از اولین گام‌هایی که باید در کشور برداشته شود حرکت به سمت اصلاح نظام بیمه‌ی سلامت است. همان‌طور که شواهد مطالعات داخلی نیز نشان می‌دهد وضعیت فعلی بیمه، به علت شکاف خدماتی و هزینه‌ای، چندان در محافظت خانوارها موفق عمل نکرده است. وجود صندوق‌های بیمه‌ی متفاوت با سطوح فرانشیز و پیش‌پرداخت متفاوت، در کنار بسته‌ی بیمه‌ای محدود، ناهمگونی در نظام بیمه‌ای کشور را به همراه داشته است. اگرچه، تسهیم هزینه به منظور کنترل مصرف غیرضروری خدمات لازم است، بایستی سطحی از تسهیم هزینه برای مردم در نظر گرفته شود که بار مالی بر خانوارها تحمیل نکند. در نظام‌های بیمه‌ای، روش‌های متفاوتی جهت تسهیم هزینه‌های خدمات سلامت با خانوارها وجود دارد. در کشور ما غالباً از روش پرداخت درصدی از هزینه‌ی خدمات در زمان مصرف خدمات استفاده می‌شود¹؛ در حالی که می‌توان به سایر روش‌های تسهیم هزینه نیز فکر کرد؛ تعیین میزانی از پرداخت سالانه توسط بیمه‌شده² نیز یکی از روش‌های پیشنهادی است، به طور مثال، اگر برای هر فرد در سال مبلغ ۱۵۰۰۰۰۰۰ ریال (پانزده میلیون ریال) در نظر گرفته شود، مصرف خدمات بیش از این سقف توسط بیمه پرداخت خواهد شد.

گاهی به منظور ترویج و تسهیل ثبت‌نام در برنامه‌های بیمه‌ی سلامت لازم است دولت برای اقشار خاص از جمله اقشار کم درآمد، یارانه جهت پیش‌پرداخت در نظر بگیرد. دولت می‌تواند یارانه را برای پیش‌پرداخت‌ها، درصد پرداخت مستقیم از جیب یا پرداخت توام و غیره در نظر بگیرد که به نام یارانه‌ی تسهیم هزینه³ در نظام‌های سلامت خوانده می‌شود. آنچه که در حال حاضر توسط دولت در بخش بستری انجام می‌پذیرد در واقع نوعی از یارانه‌ی تسهیم هزینه برای پرداخت توام است.

همچنین، به نظر می‌رسد در کشور ما به علت نظام غیررسمی اقتصادی وسیع، بیمه‌ی اجتماعی به ویژه مبتنی بر مشاغل نتواند به خوبی در راستای پوشش همگانی سلامت عمل نماید، لذا تامین مالی مبتنی بر مالیات نیز ضروری به نظر می‌رسد. اصلاح نظام مالیاتی کشور و نیز در نظر گرفتن مالیات‌های نشاندار از جمله مالیات دخانیات باید یکی از گام‌های اساسی در این راستا باشد.

ثبات منابع تامین مالی نظام سلامت، چالش دیگری است که دولت‌مردان باید بدان توجه اساسی نمایند. شواهد، بیانگر رشد هزینه‌های سلامت در آینده می‌باشد، لذا وجود منابع با ثبات برای سلامت از پیش‌نیازهای اصلی تامین مالی عادلانه است.

حضور پررنگ ارایه‌دهندگان خصوصی در بازار سلامت ایران و عدم وجود نظارت صحیح بر تعرفه‌های این بخش، از دیگر دلایل پرداخت زیاد مردم از جیب است. ضروری است وزارت بهداشت به نقش تولیتی خود در این خصوص بهتر عمل نماید. افزون بر این، باید ساختار ارایه‌ی خدمت در کشور اصلاح گردد و نحوه‌ی پیوستن ارایه‌دهنده‌ی بخش خصوصی به بازار سلامت دارای پیش شرطها و قوانین مشخص باشد.

برخی خانوارها به دلایلی از جمله عدم توانایی پرداخت مطلوب، احتمال مواجهه‌ی بیشتری با هزینه‌های کمرشکن دارند؛ بنابراین

1 Co-insurance

2 deductible

3 Cost-sharing subsidy

ضروری است گروه‌های آسیب پذیر و در معرض خطر شناسایی شوند و به صورت مختلف از جمله معافیت از پرداخت، از آنان حمایت شود.

در هر حال، آنچه مسلم است این است که هر تغییری در سیاست و هر سیاست جدیدی باید با توجه به تاثیر کوتاه مدت و بلند مدت آن و نیز پیامدهای مثبت و منفی آن بر محافظت مالی خانوار در نظام سلامت انجام گیرد. به طور مثال، سیاست بیمه تخت همان طور که قبلاً ذکر شد هر چند با هدف کمک به کاهش هزینه‌های مستقیم از جیب مردم فاقد بیمه اجرا شد، به نابرابری در پرداخت‌ها دامن زد. لذا باید در نظر داشت که زمانی هدف محافظت مالی خانوارها در برابر هزینه‌های خدمات سلامت محقق می‌گردد که خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه نباشند، افراد بر اساس ظرفیت پرداخت‌شان در نظام سلامت مشارکت کنند، و ثروتمندان سهم بیشتری در این مشارکت داشته باشند.

نحوه مرور جامع مطالعات میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در ایران

پایگاه‌های اطلاعاتی

در این مرور نظامند، جهت دستیابی به مطالعات و مقالات مرتبط با موضوع میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت، مرور و جستجوی مطالعات بر اساس پروتکل تدوین شده توسط محققان صورت گرفت. بر این اساس، در آذر و دی ماه ۱۳۹۳، چند پایگاه اطلاعاتی اصلی فارسی و انگلیسی مورد جستجو قرار گرفت. مطالعات انگلیسی زبان سه پایگاه اطلاعاتی، Pub Med، Scopus، Science Direct، و مطالعات فارسی سه پایگاه اطلاعاتی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)، پژوهشگاه علوم و فناوری ایران (IRANDOC) و پایگاه اطلاعاتی مگ ایران (Magiran) مرور شد. پس از یافتن مطالعات مرتبط، از طریق کاربرد کلیدواژه‌های مناسب، فهرست منابع این مطالعات نیز مورد بررسی قرار گرفت تا از این طریق نیز مطالعات مرتبط شناسایی شوند.

استراتژی جستجو

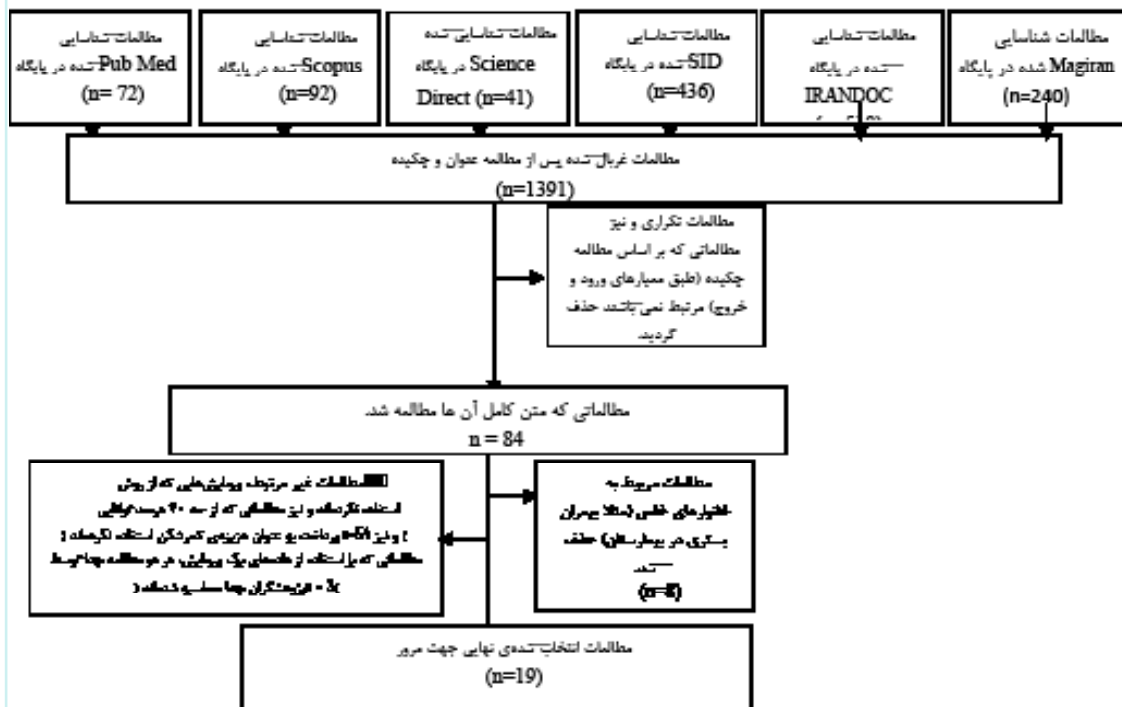
استراتژی‌های به کار رفته جهت جستجوی مطالعات مرتبط در بخش پایگاه‌های غیرفارسی با استفاده از ترکیب‌های مختلف چند کلید واژه: 'Household'، 'out of pocket'، 'cost sharing'، 'Catastrophic'، 'Expenditure' و 'Household Survey' به همراه واژه 'Iran' بود. جستجوی ترکیب‌های مختلفی از این واژه‌ها در عنوان، چکیده، کلیدواژه‌ها یا متن کامل مطالعات انجام شد. علاوه بر این، از عملگرهای بولین OR, AND نیز در فرایند جستجو استفاده شد. در جستجوی فارسی، از کلیدواژه‌های 'عدالت'، 'سلامت'، 'کمرشکن'، 'هزینه‌های کمرشکن'، 'هزینه‌های فاجعه بار'، 'هزینه‌های اسف بار'، و 'هزینه‌های غیرقابل تحمل' استفاده شد.

معیارهای انتخاب یا رد مطالعات

در این مرور نظامند، محدوده‌ی زمانی در نظر گرفته نشد و مطالعات انجام شده در سال‌های مختلف جهت بررسی انتخاب شدند. همچنین فرمت و شکل مطالعه اعم از مقاله، گزارش پژوهش و غیره نیز مرور شدند. به طور کلی، مطالعاتی در این مرور ساختار یافته وارد شدند که در آن‌ها از سه واژه‌ی 'Catastrophic' و 'Household' و 'Iran' استفاده شده بود. در این مطالعه، جهت

افزایش حساسیت جستجو، و افزایش امکان یافتن مطالعات مرتبط از کلیدواژه‌های کلی‌تر مانند 'عدالت' 'کمرشکن' یا دو واژه‌ی 'Catastrophic' و 'Iran' استفاده شد. تنها پیمایش‌های مقطعی که به روش WHO، میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت را در مناطق مختلف ایران بررسی کرده بودند در مرور نظام‌مند مورد بررسی قرار گرفتند. بعلاوه، به منظور ایجاد امکان مقایسه مطالعات، تنها مطالعاتی بررسی شدند که در تعریف هزینه‌ی کمرشکن سلامت برای خانوار، حد بیش از ۴۰ درصد توانایی پرداخت در نظر گرفته شده بود. مطالعاتی که تعریف دیگری برای هزینه کمرشکن سلامت داشتند و نیز مطالعاتی که مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت را در خانوارهای خاص (مثلا در بیماران بستری در بیمارستان) بررسی کرده بودند در مطالعه در نظر گرفته نشدند

نمودار ۱. فرایند جستجو و بررسی مقالات



1. World Health Organization. The World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
2. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
3. Papanicolas I, Smith P. Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Mylena A, Musgrove P et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs* 2007; 26: 972–83.
5. Savedoff D W, Carrin G, Kawabata K, Mechbal A. Monitoring the Health Financing Function. In: Murray C.J.L., Evans D.B. Health System Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism). World Health Organization; 2003:211-19.
6. William D. Savedoff, Carrin G. Developing Health Financing Policies. In: Murray CJL, Evans DB. Health System Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism). World Health Organization; 2003:205-10.
7. Murray CJL, Xu K, Evans D, Klavus J, Kawabata K, Hanvoravongchai P, et al. Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application. In: Murray CJL, Evans DB. Health System Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism). World Health Organization; 2003:565-72.
8. Giedion U, Andrés Alfonso E, Díaz Y. The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence. UNICO Studies Series No. 25. The World Bank, Washington DC, January 2013.
9. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. World Health Statistics 2014. World Health Organization; 2014.
10. Liaee Manesh AR, Abolhallag M, Zangene M, Zakeri MR, Rashidian A, Kazemian M, et al. Report of National Health Accounts Islamic Republic of Iran- 2008. In: Office of Technology Assessment.
11. Keshavarza, Kalhor R, Javadi A, Asefzadeh S. Estimating Out of Pocket payments (OOP) for medical cares in Qazvin province in 2009. *Hospital* 2012;10(4):71-7. (in Persian)
12. Semnani S, Keshtkar AA. Assessing of equality on health care cost in Gorgan population laboratory study *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2004;5(12):53-69. (in Persian)
13. Zare H, Trujillo AJ, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades (1984–2010). *International Journal for Equity in Health* 2014, 13:42.
14. Hajizadeh M. Luke B., Equity of Health Care Financing in Iran, The Effect of Extending Health Insurance to the Uninsured. *Oxford Development Studies* 2010; 38(4): 461-476.

15. Soofi, M, Rashidian A, Aabolhasani F, Akbari Sari A, Baziyar M. Measuring the Exposure of Households to Catastrophic Healthcare Expenditures in Iran in 2001: the World Health Organization and the World Bank's Approach. *Hospital* 2012; 12(2): 39-50. (in Persian)
16. Raghfar H, Atkare Roshan S, Atefi M. Measurement of the Fair Financial Contribution Index and Catastrophic Expenditures in Different Regions of Iran, 1984-2010. *Hakim Research Journal* 2013; 16(3): 182- 191. (in Persian)
17. Mohammad Alizadeh H, Fazaeli AA. Situation of Iran health system financing. *Journal of Social Welfare* 2003; 5 (19): 280-300.
18. Razavi SM, Hassanzadeh A, Basmenji K. Fairness in financial contribution in the health system. Tehran: Andishmand publication; 2005. (in Persian)
19. Kavosi Z, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, et al. Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income society of Iran. *Health policy and planning* 2012; 27(7): 613-23.
20. Mehrara M, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Health Finance Equity in Iran: an Analysis of Household Survey Data (1382-1386). *Journal of Health Administration* 2010; 13(40): 51-62. (in Persian)
21. Karami M, Najafi F, Karami Matin B. Catastrophic Health Expenditures in Kermanshah, West of Iran: Magnitude and Distribution. *J Res Health Sci* 2009; 9 (2): 36-40.
22. Moghadam MN, Banshi M, Javar MA, Amiresmaili M, Ganjavi S. Iranian household financial protection against catastrophic health care expenditures. *Iranian Journal of Public Health* 2012; 41(9): 62.
23. Nekoeimoghadam M, Akbari-Javar M, Amiresmaili M, Baneshi M, Ganjavai S. Determining households exposure to catastrophic health expenditures and exploring its influential factors in Kerman province. *Journal of Management and Medical Informatics School* 2014; 7(2): 1. (in Persian)
24. Amery H, Jafari A, Panahi M. Determining the Rate of Catastrophic Health Expenditure and its Influential Factors on Families in Yazd Province. *Journal of Health Administration* 2013; 16(52): 51-60. (in Persian)
25. Asefzadeh S, Alijanzadeh M, Gholamalipour S, Farzaneh A. Households Encountering with Catastrophic Health Expenditures in Qazvin, Iran. *Health Information Management* 2013; 10(1): 1-8. (in Persian)
26. Yousefi M. Households and Health Expenditures: Components, Dimensions and Determinants. Tehran: Tarbiat Modarres University; 2013. (in Persian)
27. Vaez Mahdavi MR, Asadi-Lari M, Faghihzadeh S, Haeri H, Golmakani M. eds. Urban Health Equity Assessment and accountability: to explain the experience of Tehran. Second National Conference and the First International Conference on experiences and good practices of primary health care; 2013; Tehran, Iran: North Khorasan University of Medical Sciences Journals System.
28. Sabermahani A, Noorae-motlagh S, Vaeze Mahdavi M, Hadian M, Asadi-Lari M. Catastrophic health expenditures and its determinants among households in Tehran in 2011, Urban HEART-2 study. *Razi Journal of Medical Sciences* 2014; 21(126): 15-26. (in Persian)
29. Kavosi Z, Keshtkaran A, Hayati R, Ravangard R, Khammarnia M. Household financial contribution

- to the health System in Shiraz, Iran in 2012. *International Journal of Health Policy and Management* 2014;3(5):243.
30. Ameri H, Vafaie H, Alizadeh H, Ghiasi A, Shmayan Razavi N, Khalfy A. Determining households exposure to Catastrophic Health Expenditure in Households of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences: 2013. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences* 2014;1(2):46-54. (in persian)
31. Rezapour A, Ghaderi H, Azar FE, Larijani B, Gohari MR. Effects of Health Out-of-Pocket Payment on Households in Iran; Catastrophic and Impoverishment: Population Based Study in Tehran (2012). *Issues* 2013;12:13.
32. Ghafoori MH, Azar FE, Arab M, Mahmoodi M, Zadeh NY, Rezapour A. The Distribution of Health Expenditures in Tehran's Districts. *Journal of Community Health Research* 2014;3(2):132-44.
33. Ghoddoosinejad J, Jannati A, Gholipour K, Baghban Baghestan E. Households encountering with catastrophic health expenditures in Ferdows, Iran. *Egyptian Public Health Association Journal* 2011; 89: 81–84.
34. Hajizadeh M, Nghiem HS. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments? *Int J Health Care Finance Econ* 2011; 11:267–285.
35. Kavosi Z. (dissertation). Study of change trend of responsiveness and equity in financial contribution in 17th district of Tehran, 2002-8. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2009.
36. The Islamic Republic of Iran's Fourth Five-Year Development Plan (2007-2011).
37. The Islamic Republic of Iran's Fifth Five-Year Development Plan (2011-2015).
38. Ministry of Health and Medical Education. Health Transformation Plan; 2013.
39. Thomson S, Osborn R, Squires D, Jun M. *International Profiles of Health Care Systems* (2012). The Common Wealth Fund; 2012.
40. Yardim M, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health Policy* 2010; 94: 26–33.
41. Akinci F, Mollahalilo S, Gürsöz H, Ögücü F. Assessment of the Turkish health care system reforms: A stakeholder analysis. *Health Policy* 2012; 107: 21–30.
42. OECD. *OECD reviews of health systems: Turkey*. Paris: OECD and International Bank for Reconstruction and Development/the World Bank, OECD; 2008.
43. Limwattananon S, Vongmongkol V, Prakongsai P, Patcharanarumol W, Hanson K, Tangcharoensathien V, et al. The equity impact of Universal Coverage: health care finance, catastrophic health expenditure, utilization and government subsidies in Thailand. *International Health Policy Program*. Ministry of Public Health, Thailand; 2013.
44. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85 (8): 600-606.
45. Galarraga O, Sosa-Rubi SG, Salinas-Rodriguez A, Sesma-Vazquez S. Health insurance for the poor: impact

on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico. *Eur J Health Econ* 2010; 11:437–447.

46. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Garca-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012; 380: 1259-79.

47. Kim Y, Yang B. The trend in catastrophic health payments by income strata in South Korea. *The Korean Journal of Health Economics and Policy* 2009; 15: 59–77.

48. Anderson GF. Universal Health Care Coverage in Korea. *Health Affair* 1989; 8(2):24-34.

49. Younhee Kim Y, Yang B. Relationship between catastrophic health expenditures and household incomes and expenditure patterns in South Korea. *Health Policy* 2011; 100: 239–246.

50. Li C, Yu X, Butler J, Yiengprugsawan V, Yu M. Moving towards universal health insurance in China: Performance, issues and lessons from Thailand. *Social Science & Medicine* 2011; 73: 359e.

51. Li X, Shen J, Lu J, Wang Y, Sun M, Li C, et al. Household catastrophic medical expenses in eastern China: determinants and policy implications. *BMC Health Services Research* 2013; 13:506.

52. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet* 2003; 362(9378):111-7.

فصل ۶

استقرار پوشش همگانی سلامت در ایران

چکیده

در فصل حاضر، نخست با نگاهی به درس‌های آموخته شده از سایر کشورها، وضعیت پوشش همگانی سلامت در ایران، و چالش‌ها و پیش‌نیازهای موجود در مسیر دستیابی به آن بررسی می‌شود و سپس گزینه‌های سیاستی جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران ارائه می‌گردد. یافته‌های این پژوهش از جمع‌بندی فصول گذشته، مرور ادبیات موردنظر، و تحلیل یافته‌های مطالعه‌ی کیفی انجام شده بدست آمده است. مطالعه‌ی کیفی، بصورت مصاحبه‌ی نیمه‌ساختار یافته با تعدادی از افراد صاحب‌نظر شامل سیاست‌گذاران، سیاست‌سازان و تصمیم‌گیرندگان سطوح کلان و میانی نظام سلامت ایران انجام شده است. یافته‌ها نشان داد که وضعیت پوشش خدمات سلامت و جمعیت از لحاظ کمی نسبتاً مناسب و از نظر کیفی نامشخص است.

شاخص‌های مربوط به محافظت مالی افراد، وضعیت هشداردهنده‌ای را نشان می‌داد که البته پس از اجرای طرح تحول سلامت، نشانه‌هایی از بهبود وضعیت مشاهده می‌شود. از مهم‌ترین چالش‌های شناسایی شده در مسیر پوشش همگانی سلامت می‌توان به فقدان جهت‌گیری دقیق در این رابطه، مشکلات تولیدی نظام سلامت، ضعف برنامه‌ریزی و همکاری بین بخشی، مشکلات بیمه‌ای مانند صندوق‌های بیمه‌ی متعدد با سطوح فرانشیز و پیش پرداخت متفاوت به دلیل متفاوت بودن سطح خدمات بیمه‌ها، عدم شناسایی دقیق بیمه شدگان، نزولی بودن حق بیمه‌ها، بسته‌ی بیمه‌ای نسبتاً محدود و انعطاف ناپذیر، ضعف در نظارت بر تعرفه‌ها و فاصله‌ی غیرمنطقی تعرفه‌های بخش خصوصی و دولتی، و نظام پرداخت تورم‌زا و غیر کارا اشاره کرد. برخی از این موارد، مانند نظارت بر تعرفه‌ها، پس از اجرای طرح تحول سلامت، بهبود نسبی یافته‌اند. پیش‌نیازهای مورد نیاز برای پوشش همگانی سلامت نیز شامل تولید واحد توسط وزارت بهداشت، ایجاد یک نظام اطلاعاتی جامع و کارآمد، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری متاثر از شواهد، تدوین و استفاده از راهنماهای بالینی، و اصلاح نظام پرداخت می‌باشد.

مقدمه

تامین سلامت آحاد مردم و اطمینان از این که تمامی شهروندان بدون هیچ گونه دغدغه و نگرانی مالی به خدمات اولیه و اساسی بهداشتی و درمانی دسترسی دارند، از وظایف دولت و حاکمیت می باشد. به دلیل اهمیت امر سلامت برای مردم، تامین، حفظ و ارتقای آن همواره از آمال دولت ها و در عین حال، یکی از چالش های جدی پیش روی دولت ها بوده و هست. دولت ها واقف هستند که سلامتی، زیر بنا و عامل رشد و توسعه بوده و لازمی شکوفایی اقتصادی است. جامعه ی سالم، پیش شرط توسعه ی همه جانبه و پایدار است و آن را تضمین می کند.

به دلیل اهمیت سلامت برای مردم و نقش آن در رشد و توسعه، و همچنین اطلاع دولت ها از این که توفیقات و ناکامی های آن ها در حوزه ی بهداشت و درمان، نقش بسیار مهمی در اقبال و عدم اقبال مردم به آن ها و انتخاب مجددشان دارد، دولت مردان، برخورداری همگانی مردم از خدمات سلامت را در محوریت سیاست ها و برنامه های خود قرار می دهند.

علیرغم همه ی توجهات، دولت ها نه تنها قادر به تامین تمامی نیازهای بهداشتی و درمانی همه مردم نیستند، بلکه به طور معمول در تامین نیازهای اولیه و اساسی آن ها نیز با چالش روبرو می باشند. افزایش جمعیت و به ویژه جمعیت سالمند، افزایش سطح انتظارات مردم، ورود تکنولوژی های جدید، و افزایش روزافزون هزینه های بهداشتی و درمانی از جمله عواملی هستند که پوشش همگانی سلامت را دشوار می کنند؛ ولی در هر حال، تکلیف از دوش دولت برداشته نمی شود.

سلامت در حاکمیت جمهوری اسلامی ایران نیز مورد توجه بوده است و قانون اساسی کشور، دسترسی مردم به خدمات سلامت را حق همگانی می داند. در سده ی اخیر، سیاست گذاران نظام سلامت کشور، گام های مهمی در راستای رفع دغدغه های درمانی مردم برداشته اند؛ به ویژه در دهه های اخیر با اجرای طرح شبکه های بهداشتی، پزشک خانواده و نظام ارجاع، اقدامات مهمی برای نیل به این مهم انجام شده اند.

علاوه بر قانون اساسی که بر دسترسی آسان و بدون دغدغه‌ی مردم به خدمات سلامت تاکید کرده است، کاهش هزینه‌های بهداشتی و درمانی مردم و دسترسی عادلانه‌ی آن‌ها به خدمات سلامت در برنامه‌های توسعه‌ی سوم (۱۳۷۹)، چهارم (۱۳۸۴) و پنجم (۱۳۹۰) و در راس آن‌ها سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری (۱۳۹۳) مورد توجه قرار گرفته است. شناسایی و ارزیابی پوشش همگانی بیمه‌ی سلامت و اجرای طرح تحول نظام سلامت از جمله اقداماتی هستند که سعی دارند با تکمیل گستره‌ی پوشش بیمه‌ای و کاهش هزینه‌های سلامت، بویژه در بخش بستری، مسیر تحقق پوشش همگانی سلامت را هموار نمایند و همگی این اقدامات، نشان از توجه و عزم جدی حاکمیت به این مهم دارد.

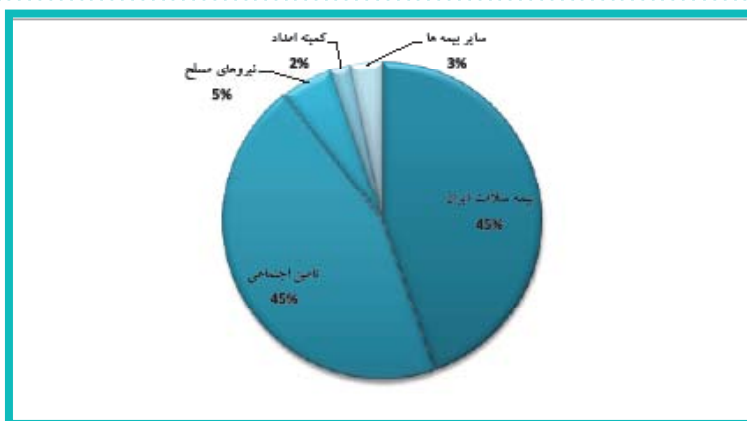
علیرغم تلاش‌های صورت گرفته در زمینه‌ی پوشش همگانی سلامت در کشور، باید برای دستیابی به این مهم، مسیر پر فراز و نشیبی را طی کرد. اطلاع دقیق از وضعیت بهداشت و درمان و ظرفیت‌ها و منابع کشور، شناسایی واقع‌بینانه‌ی موانع و چالش‌ها و همچنین بهره‌گیری از تجربیات کشورهای که پوشش همگانی سلامت در آن‌ها تحقق یافته است و یا در مسیر دستیابی به آن قرار دارند، همه و همه می‌توانند ما را در رسیدن به پوشش همگانی سلامت یاری نمایند.

پوشش همگانه سلامت در ایران

همان‌طور که پیش‌تر بیان شد، اقدامات متعددی برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت در کشور صورت گرفته و یا در حال انجام است. این اقدامات باعث توفیقاتی در تکمیل برخی از ابعاد سه‌گانه‌ی مکعب پوشش همگانی سلامت شده است؛ هرچند در برخی ابعاد نیز کاستی‌های جدی دیده می‌شود.

شواهد نشان می‌دهند که علیرغم تلاش فراوان صورت گرفته توسط دست‌اندرکاران نظام سلامت، هنوز بسته‌ی "پایه‌ی خدمات" یکسانی در کشور وجود ندارد و بسته‌ی خدمات، بطور شفاف و از همه مهم‌تر، "کامل" تعریف نشده است. "کامل" به این معنی است که نیازهای اولیه و اساسی مردم را شامل گردد. از یک طرف، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی نظام سلامت، بسته‌ی پایه‌ی خدمات را کامل ندانسته و از طرف دیگر، سازمان‌های بیمه‌گر که خریدار خدمات هستند، تحت پوشش قرار دادن بسته‌ی کامل را بدون افزایش منابع امری محال می‌دانند. علاوه بر آن، بسته‌ی خدمات موجود، یکپارچه نمی‌باشد؛ به طوری که بسته‌ی خدمات بهداشتی اولیه به عهده‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خدمات سطح دوم و سوم به عهده‌ی سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. بسته‌ی خدمات مورد تعهد بیمه‌ها نیز متفاوت است که خود از منظر عدالت در سلامت محل سوال می‌باشد.

عدم تعریف شفاف و کامل بسته‌ی خدمات پایه و نبود مرز مشخص بین بسته‌ی خدمات پایه و تکمیلی و همچنین اتخاذ سیاست‌های چندگانه در تعیین میزان مشارکت مردم در هزینه‌های درمانی و غیره از جمله چالش‌های حوزه‌ی سلامت در کشور می‌باشند. از نظر پوشش تمامی شهروندان، خوشبختانه باید گفت که با اقدام اخیر دولت در شناسایی و تحت پوشش قرار دادن افراد فاقد بیمه در قالب طرح تحول سلامت، تمامی مردم شانس بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ی درمانی را دارا می‌باشند؛ مگر این که خود در این زمینه اقدام نکنند. شواهد و آمار نشان می‌دهد که از جمعیت ۸۰ میلیون نفری کشور، حدود ۳۴,۲۹۹,۶۹۲ نفر تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی (۱) و ۳۴,۳۱۶,۵۶۶ نفر تحت پوشش بیمه‌ی سلامت ایران می‌باشند (۲). سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح نیز نزدیک به چهار میلیون نفر از جمعیت کشور را تحت پوشش دارد. همچنین حدود ۱,۶۵۰,۰۰۰ نفر (۳) که توانایی پرداخت حق بیمه را ندارند، تحت پوشش حمایتی کمیته‌ی امداد امام خمینی می‌باشند. در کنار این صندوق‌ها، حدود ۲۰ صندوق بیمه‌ی درمانی وجود دارد که کارکنان برخی وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، موسسات، شهرداری‌ها، بانک‌ها و تعاونی‌ها تحت پوشش آن‌ها هستند (نمودار ۱).

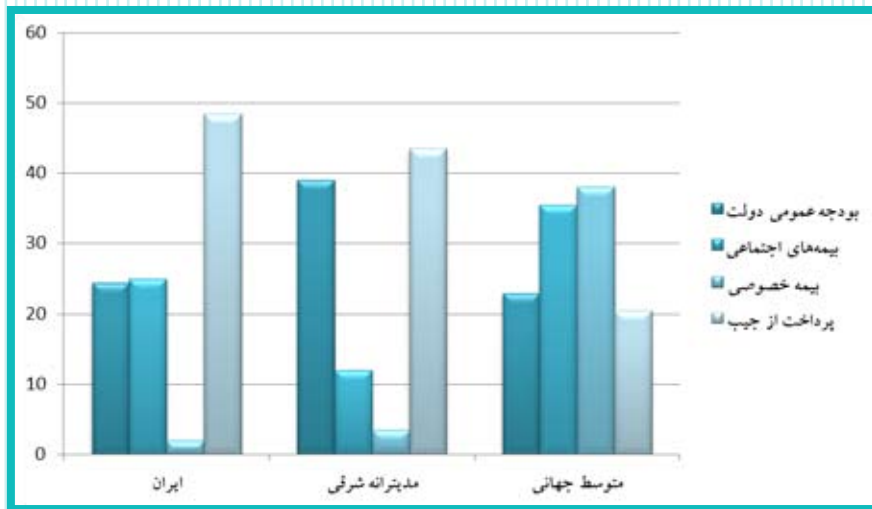


نمودار ۱. توزیع جمعیت تحت پوشش بیمه‌ی سلامت در ایران

وضعیت نظام سلامت از بعد محافظت مالی، به مراتب نگران کننده‌تر از دو بعد دیگر می‌باشد. بر اساس آمارنامه‌ی جهانی بهداشت (۲۰۱۴)، سهم منابع عمومی در تامین مالی سلامت در ایران، ۴۹٫۵ درصد (۲۴٫۵ درصد بودجه‌ی عمومی دولت و ۲۵ درصد بیمه‌های اجتماعی) می‌باشد؛ این در حالی است که میانگین این شاخص برای کشورهای مدیترانه شرقی بیش از ۵۰ درصد (۳۹ درصد بودجه‌ی عمومی دولت و ۱۲ درصد بیمه‌ی اجتماعی) و میانگین جهانی آن نزدیک به ۵۹ درصد (۲۳ درصد بودجه‌ی عمومی دولت و ۳۵٫۵ درصد بیمه‌ی اجتماعی) می‌باشد. مقایسه‌ی این شاخص با متوسط منطقه‌ای و جهانی و هم چنین درک این نکته که سهم بیمه‌ی خصوصی از تامین مالی خصوصی نظام سلامت کشور بسیار ناچیز است، وضعیت بحرانی پرداخت مستقیم از جیب در تامین مالی نظام سلامت کشور را نشان می‌دهد (۴). نمودار ۲، مقایسه‌ی وضعیت تامین مالی در ایران، با میانگین مدیترانه‌ی شرقی و میانگین جهانی را نشان می‌دهد. البته با توجه به مداخله‌های گسترده‌ای که طی سال ۱۳۹۳، در قالب طرح تحول نظام سلامت صورت گرفت، تغییرات قابل ملاحظه‌ای در پوشش بیمه‌ای ایجاد شد که برای قضاوت دقیق در خصوص آن، نتایج مطالعه‌ی "بهره‌مندی از خدمات سلامت" (انجام شده در ماه‌های دی و بهمن سال ۱۳۹۳) که در سال ۱۳۹۴ منتشر می‌شود، راهگشا خواهد بود.

چالش دیگر، سهم کم سلامت از بودجه‌ی دولت است که بخش سلامت را با محدودیت منابع مواجه کرده است. در کشور ما تقریباً ۱۰ درصد از بودجه‌ی دولت صرف سلامت می‌شود، در حالی که متوسط جهانی ۱۵ درصد می‌باشد (۴).

۱ این میزان، کمتر از ۴ درصد از تامین مالی خصوصی توسط بیمه‌های خصوصی می‌باشد؛ در حالی که رقم مشابه برای کشورهای مدیترانه‌ی شرقی و متوسط جهانی به ترتیب ۳۸ درصد و ۳۸ درصد می‌باشد.



نمودار ۲. سهم منابع مختلف تامین مالی در ایران در مقایسه با متوسط منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی و متوسط جهانی

بر اساس گزارش حساب‌های ملی سلامت (۱۳۸۷)، پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت از ۴۶/۲ درصد در سال ۱۳۸۲ به ۵۳/۷۹ درصد در سال ۱۳۸۷ رسید (۳). مطالعات نشان دهنده‌ی یافته‌های متفاوتی در زمینه‌ی درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن و فقیر شدن به علت پرداخت مخارج مراقبت سلامت می‌باشد. تحلیل‌های انجام شده با استفاده از مطالعه‌ی پیمایشی خانوار، درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن را بین ۶ تا ۲۴ درصد (۵-۱۴)، و تحلیل‌های انجام شده با استفاده از داده‌های مرکز آمار ایران، درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن را بین ۲ تا ۴ درصد (۱۵-۲۱)، در مناطق و زمان‌های مختلف نشان داده‌اند. شاخص فقر ناشی از استفاده از خدمات سلامت نیز بین حدود ۱/۵ تا ۱۱ درصد در سال‌های مختلف و مناطق مختلف گزارش شده است. همچنین در مطالعات مختلف، شاخص انصاف در مشارکت مالی بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۳ برآورد شده است (۶، ۱۱، ۱۵-۱۸، ۲۱)، که نشان دهنده‌ی نابرابری بین خانوارها در مشارکت برای تامین مالی سلامت می‌باشد. آمارهای فوق همگی نشان دهنده‌ی وضعیت هشدار دهنده‌ی حفاظت مالی و پوشش هزینه‌های مراقبت سلامت می‌باشد. البته داده‌های حاصل از پایش طرح تحول نظام سلامت توسط موسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت نشان می‌دهد که تغییر قابل توجهی در سهم مردم در پرداخت هزینه‌های بیمارستانی رخ داده است که بر کل هزینه‌های سلامت آن‌ها و همچنین بر شاخص‌های محافظت مالی مانند شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت موثر بوده است.

سهم کم نظام سلامت از درآمد ناخالص داخلی، سهم کم سلامت از بودجه‌ی دولت، سهم کم بیمه‌ها در تامین هزینه‌های نظام سلامت، سهم بالای هزینه‌های مردم به صورت پرداخت مستقیم از جیب، و همچنین نبود سیاست مشخص در شناسایی و حمایت از بیمارانی که در معرض هزینه‌های کمرشکن قرار می‌گیرند، از جمله مشکلاتی هستند که تحقق بعد حفاظت مالی را با مشکل مواجه کرده‌اند.

به طور خلاصه می‌توان گفت، علی‌رغم این که مکعب پوشش همگانی سلامت از بعد پوشش جمعیتی تقریباً کامل شده است، بسته‌ی خدمات جامع یکسان و به‌روزی وجود ندارد و از همه مهم‌تر، روند وضعیت حفاظت مالی بسیار نگران کننده است. بنابراین، کشور ما نیازمند مجموعه‌ای از اقدامات است که ضمن حفظ و بهبود وضعیت موجود در بعد پوشش جمعیتی، در دو بعد دیگر، یعنی حفاظت مالی و پوشش بسته‌ی خدمات پایه‌ی کامل و جامع نیز به موفقیت دست یابد. بدین منظور، توجه به پژوهش در زمینه‌ی پوشش همگانی سلامت در راستای تصمیم‌گیری متاثر از شواهد ضروری می‌نماید. در کنار آن، بررسی تجربیات برخی از کشورها که در تحقق پوشش همگانی سلامت کم و بیش موفق بوده‌اند نیز مفید به نظر می‌رسد که در ادامه به مرور آن‌ها پرداخته می‌شود.

جایگاه پژوهش در پوشش همگانی سلامت

نگاه تجربی و سنتی به حل مشکلات، به جای رویکرد علمی، ضرورت بهره‌گیری از مستندات علمی و پژوهشی و استفاده از تجربیات جهانی به منظور تسهیل تحقق پوشش همگانی سلامت را بیش از پیش آشکار نموده است.

یکی از مشکلات نظام سلامت، عدم بهره‌گیری از پژوهش در شناسایی و حل مشکلات است. نگاه غیر تخصصی به پوشش همگانی سلامت، در کنار عدم آشنایی کافی و وافی مدیران به اهمیت پژوهش در این مقوله، باعث بروز مشکلات جدی در مسیر تحقق پوشش همگانی سلامت شده است. معمولاً در نظام سلامت، مستندات و شواهد پشتیبان به اندازه‌ی کافی تولید نمی‌شود و یا در بهترین شرایط، متکی به مستندات دانش بنیان نمی‌باشد. این امر، به نوبه‌ی خود، زمینه را برای آسیب پذیر بودن سیاست‌ها و برنامه‌ها مستعد می‌کند؛ به طوری که تغییر دولت‌ها باعث تغییر جدی در رویکردهای مدیریتی حوزه‌ی پژوهش سلامت می‌گردد. در نتیجه، به نظام سلامت و سیاست‌های اجرا شده در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت، آسیب جدی وارد آمده و باعث اتلاف منابع می‌شود.

شواهد نشان می‌دهد پژوهش به چهار دلیل عمده نتوانسته است نقش مهمی در پوشش همگانی سلامت ایفا نماید. این موانع عبارتند از: الف) موانع مربوط به تامین اعتبار برای انجام پژوهش؛ ب) موانع مربوط به تولید دانش و استفاده از آن؛ ج) موانع مربوط به میزان منابع؛ و د) موانع در سطح تولید نظام سلامت.

هر چند اقدامات موثری در راستای حمایت از فعالیت‌های پژوهشی این حوزه در کشور صورت گرفته است و مراکز متعددی در این زمینه فعالند، همچنان خلاء پژوهش در سیاست‌گذاری و تعیین اهداف و برنامه‌های نظام سلامت و به ویژه چگونگی تحقق پوشش همگانی سلامت احساس می‌شود.

تجربیات جهانی در پوشش همگانی سلامت

همه‌ی کشورها، اعم از کشورهای پردرآمد و کم‌درآمد، به دنبال دستیابی به پوشش همگانی سلامت هستند. اما بیشتر کشورهایی که به پوشش همگانی سلامت دست یافته‌اند، در زمره‌ی کشورهای پردرآمد و کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه‌ی اقتصادی هستند (۲۳). در طول دهه‌ی گذشته، برخی از کشورهای با درآمد کم و متوسط مانند شیلی، چین، برزیل، مکزیک، رواندا، ترکیه، و تایلند نیز به سمت پوشش همگانی سلامت حرکت کردند (۲۳، ۲۴). اگر چه مسیر و مدت زمان دستیابی به پوشش همگانی سلامت، با توجه به ساختار و منابع سلامت در هر کشوری متفاوت می‌باشد، به نظر نمی‌رسد وضعیت اقتصادی کشورها تنها عامل تعیین کننده برای تحقق پوشش همگانی سلامت باشد (۲۳).

کشور آلمان در بستر نظام بیمه‌های اجتماعی، کشور کانادا در بستر نظام بیمه‌ی ملی، و کشور انگلستان در بستر نظام طب ملی تا حدود

زیادی دغدغهی شهروندان خود را در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی ضروری و مورد نیاز رفع کرده‌اند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که کشورها در بسترها و ساختارهای مختلف به پوشش همگانی سلامت دست یافته‌اند و نسخه‌ی واحدی برای تحقق آن وجود ندارد. هر چند در برخی از مولفه‌ها، مشابهت‌های قابل تاملی بین آن‌ها وجود دارد که از آن جمله می‌توان افزایش قابل توجه سهم تامین مالی انباشته (مجموع منابع مالی داخلی غیر از پرداخت مستقیم از جیب)، از کل منابع تامین مالی سلامت را نام برد (۲۳)(جدول ۱). در کشورهای پردرآمدی مانند آلمان، بریتانیا، و سوئد که به پوشش همگانی دست یافته‌اند، نزدیک به ۹۰ درصد تامین مالی به صورت انباشته است. در بین کشورهای با درآمد متوسط مانند شیلی، کره‌ی جنوبی، و مالزی که به پوشش همگانی سلامت دست یافته‌اند و یا با سرعت به سمت آن حرکت می‌کنند (مثل برزیل، مکزیک، و تایلند)، حدوداً بیش از ۶۵ درصد از تامین مالی به صورت انباشته می‌باشد (۲۳). سهم مالیات در تامین سلامت این کشورها متفاوت و در مورد برخی کشورها مانند بریتانیا، سوئد، برزیل، مالزی، و تایلند قابل توجه می‌باشد. کشورها برای دستیابی به این موقعیت با مشکلات متعددی روبرو بوده‌اند و در این مسیر اقدامات متعدد و متنوعی را انجام داده‌اند.

جدول ۱. تامین مالی سلامت در کشورهای منتخب با سطوح متفاوت درآمد و پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت (۲۰۰۹)

دسته‌بندی کشورها	کشورها	سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی	سهم تامین مالی انباشته از کل مخارج سلامت
کشورهای پردرآمد با پوشش همگانی سلامت	آلمان	۱۱%	۸۹%
	بریتانیا	۹%	۹۰%
	سوئد	۱۰%	۸۵%
کشورهای با درآمد متوسط با پوشش همگانی سلامت	شیلی	۸%	۶۶%
	کره‌ی جنوبی	۷%	۶۵%
	مالزی	۵%	۶۰%
	برزیل	۹%	۶۹%
کشورهای با درآمد متوسط که به سرعت به سمت پوشش همگانی سلامت در حرکت هستند	مکزیک	۷%	۵۲%
	تایلند	۴%	۸۴%

با توجه به اهمیت روش تامین منابع مالی نظام سلامت در کاهش خطر مالی بیماران، بیشتر کشورهای توسعه یافته، منابع نظام سلامت خود را از طریق مالیات و یا حق بیمه‌ی اجباری تامین می‌کنند و به این ترتیب، سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم به حداقل کاهش می‌یابد (۲۳).

همچنین در بیشتر کشورها، خریدار واحد و یا متعدد مستقل، خدمات سلامت را از یکی از ارایه‌کنندگان دولتی یا خصوصی و یا هر دو برای جمعیت تحت پوشش خویش خریداری می‌کند. بسیاری از کشورها، یارانه‌های قابل توجهی را به جمعیت‌های هدف خاص تخصیص داده‌اند و از طریق افزایش درآمدهای مالیاتی، حفاظت مالی را توسعه می‌دهند. برخی کشورها، به‌جای برنامه‌های متعدد برای گروه‌های مختلف جمعیت، برنامه‌ی پوشش یکپارچه^۱ برای همه‌ی جمعیت را اجرا کرده‌اند (۲۳). همچنین، جامعیت بسته‌ی خدمت در بسیاری کشورهای موفق، مورد توجه ویژه بوده است. نقطه‌ی اشتراک دیگر، به‌کارگیری راهنماهای مبتنی بر شواهد، اعتباربخشی و

1 Single coverage programs

برنامه‌های بهبود کیفیت، و توجه به انگیزش مالی ارایه‌کنندگان، در راستای تضمین کیفیت خدمات ارایه شده است (۲۳). جدول ۲، به‌طور خلاصه تجربیات چهار کشور ترکیه، برزیل، چین، و روسیه را در راستای پوشش همگانی سلامت در سه بعد جمعیت تحت پوشش، بسته‌ی خدمات، و حفاظت مالی نشان می‌دهد.

جدول ۲. اقدامات کشورهای منتخب در راستای تحقق پوشش همگانی سلامت

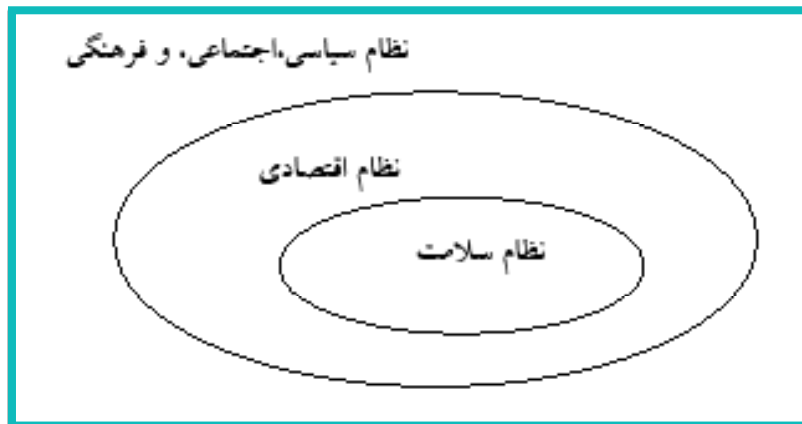
کشور	وضعیت و اهم اقدامات انجام شده در زمینه‌ی پوشش جمعیت	وضعیت و اهم اقدامات انجام شده در زمینه‌ی بسته‌ی خدمات	وضعیت و اهم اقدامات انجام شده در زمینه‌ی محافظت مالی
ترکیه	<ul style="list-style-type: none"> افزایش درصد افراد بیمه شده طی هشت سال به میزان ۰۶٪ در بین دهک‌های کم درآمد و در همین حدود در سایر دهک‌ها افزایش پوشش طرح کارت سبز در بین فقرا (در سال ۲۰۰۱، حدود ۲/۴ میلیون از جمعیت را تحت پوشش قرار می‌داد، در حالی که حدود ۱۹ میلیون مردم فقیر بودند. پوشش این کارت در سال ۲۰۱۱ به ۱۰/۲ میلیون نفر رسید در حالی که حدود ۱۱/۸ میلیون نفر فقیر بودند) (۲۵) 	<ul style="list-style-type: none"> جامعیت بسته‌ی پایه‌ی خدمات: کلیه‌ی خدمات درمانی و تشخیصی اعم از بستری و سرپایی، به‌جز برخی موارد خاص مراقبت‌های بهداشتی شخصی که مربوط به پیشگیری است به‌صورت کاملاً رایگان و تامین مالی آن از طریق بودجه‌ی سلامت و توسط دولت رایگان بودن خدمات مربوط به بهداشت دهان و دندان کلیه‌ی افراد زیر ۸۱ سال بدون توجه به بیمه مطرح شدن خدمات سطح اول با محوریت طرح پزشکی خانواده در سال ۵۰۰۲ و تحت پوشش بودن بیشتر جمعیت (۵۲) 	<ul style="list-style-type: none"> ایجاد ساز و کاری برای شناسایی افراد فقیر در سال ۴۰۰۲ به‌منظور حمایت بیشتر از دهک‌های کم درآمد تجمیع پنج صندوق بیمه در سال ۸۰۰۲ و ایجاد یک صندوق واحد تحت نظر سازمان تامین اجتماعی؛ قرار گرفتن همه‌ی این صندوق‌ها همراه با طرح کارت سبز در سال ۲۱۰۲ کاهش پرداخت از جیب در تمام چارک‌های درآمدی به علت افزایش پوشش طرح کارت سبز و نزدیک شدن مخارج سلامت در همه‌ی چارک‌ها (۵۲)
چین	<ul style="list-style-type: none"> پیاده کردن بیمه‌ی سلامت پایه در سال ۲۰۰۷ برای افراد مقیم در مناطق شهری به‌منظور پوشش افرادی که تحت پوشش بیمه اشتغال شهری نیستند (تا آن سال حدود ۳۰ درصد جمعیت شهری تحت پوشش بیمه‌ی اشتغال شهری بودند) (۲۶) 	<ul style="list-style-type: none"> بسته‌ی خدمت شامل کلیه‌ی خدمات سلامتی به‌جز جراحی قلب، و پیوند ریه و کبد (۶۲) 	<ul style="list-style-type: none"> اجرای طرح تعاونی روستایی جدید در سال ۲۰۰۳، که عمده منابع مالی آن توسط دولت تامین می‌شود (در ژوئن ۲۰۱۲ بیش از ۹۵ درصد کشاورزان تحت پوشش قرار گرفتند). سه‌م بیمه در پرداخت مخارج سلامت یکسان و برابر با ۷۵٪ مخارج برای همه‌ی افراد شهرنشین تحت پوشش دو صندوق بیمه‌ی اشتغال شهری و بیمه‌ی سلامت پایه در سال ۲۰۱۲ اجرای نظام کمک مالی درمانی برای فقیرترین شهروندان و تحت پوشش قرار دادن بیش از ۶۸ میلیون نفر (این نظام برای پوشش افراد ناتوان، بیماران مسن، و افراد به شدت بیمار در خانواده‌های کم درآمد می‌باشد) (۲۶)
برزیل	<ul style="list-style-type: none"> تاسیس نظام یکپارچه سلامت (این نظام که تامین مالی آن توسط دولت فدرال و ایالتی از طریق مالیات و مشارکت اجتماعی می‌باشد، تمام جمعیت برزیل را تحت پوشش قرار می‌دهد) پوشش حدود ۲۵ درصد جمعیت توسط بیمه خصوصی که معمولاً افراد سالم‌تر، جوان‌تر، و غنی‌تر هستند (۲۶). 	<ul style="list-style-type: none"> نبود هیچ محدودیتی برای بسته‌ی خدمات موجود و تحت پوشش بودن همه‌ی سطوح مراقبت سلامت با رعایت سطح‌بندی خدمات و با تاکید بر مراقبت سلامت اولیه پوشش ۵۵٪ از افراد (عمدتاً دهک‌های کم درآمد) جامعه توسط برنامه سلامت خانواده که مراقبت سلامت اولیه را ارایه می‌دهد (۲۶) 	<ul style="list-style-type: none"> ارایه‌ی خدمات درمانی توسط بخش خصوصی و دولتی و رایگان بودن آن در نقطه‌ی ارایه‌ی خدمت حضور بخش خصوصی در بازار بیمه‌ی سلامت (۲۶).
روسیه	<ul style="list-style-type: none"> پوشش همه‌ی شهروندان بجز نظامیان و زندانیان توسط بیمه سلامت اجباری (تامین منابع مالی برای افراد مستثنی شده از بودجه عمومی و از محل مالیات‌ها)، همچنین وجود بیمه خصوصی اختیاری پوشش ۹۹٪ جمعیت هدف توسط بیمه سلامت اجباری و پوشش ۱۰۰٪ جمعیت هدف بودجه‌ی دولتی و پوشش ۸٪ جمعیت توسط بیمه خصوصی (۲۶) 	<ul style="list-style-type: none"> تحت پوشش قرار گرفتن کلیه‌ی خدمات سرپایی و بستری، بجز خدمات تخصصی و خدمات سطح سوم توسط بیمه‌ی سلامت اجباری تحت پوشش نبودن دارو برای بیماران سرپایی توسط بیمه‌ی سلامت اجباری (فقط برخی گروه‌های خاص از داروی رایگان بهره می‌برند) (۲۶). 	<ul style="list-style-type: none"> رایگان بودن دارو برای افراد بی‌بضاعت تامین مالی از طریق بیمه‌ی سلامت اجباری به‌صورت پیش پرداخت و انباشته (۶۲).

در مجموع، شواهد نشان می‌دهد که رسیدن به پوشش همگانی سلامت به آسانی میسر نیست و برای دستیابی به آن، لازم است مجموعه‌ای از اقدامات منسجم انجام شود. اراده و عزم دولت‌مردان در جهت تحقق پوشش همگانی سلامت، در کنار افزایش سهم سلامت از بودجه‌ی عمومی و تامین مالی انباشته، از اهمیت برخوردار می‌باشد. سیاست غالب کشورهای مورد بررسی، کاهش اتکا به مخارج پرداخت از جیب مردم، و اتخاذ روشی مناسب و عادلانه برای تامین پایدار منابع مالی نظام سلامت می‌باشد.

چالش‌های موجود در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران

نگاهی به وضعیت نظام سلامت در کشورمان و اقدامات سایر کشورها نشان می‌دهد که هر چقدر در شناسایی چالش‌ها و موانع پیش‌رو موفق عمل نماییم، مسیر تحقق پوشش همگانی در کشور نیز هموارتر خواهد شد. به همین دلیل، در این قسمت، چالش‌های پیش روی دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران که بر ابعاد مختلف پوشش اثرگذار است مورد بحث قرار می‌گیرد. باید توجه داشت که برخی از این چالش‌ها در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت، فراتر از حوزه‌ی سلامت کشور و مربوط به سطوح کلان‌تر می‌باشد و برخی دیگر نیز مربوط به نظام سلامت می‌باشد که خود به دو بخش عمده‌ی وزارت بهداشت و درمان، به عنوان متولی، و نظام بیمه‌ای کشور، به عنوان نظام خریدار خدمات قابل تقسیم است. بر این اساس، چالش‌های موجود بر سر راه رسیدن به پوشش همگانی سلامت را می‌توان در دو دسته‌ی کلی خارج از نظام سلامت و درون نظام سلامت بررسی کرد. چالش‌های درون نظام سلامت را نیز می‌توان بر اساس کارکردهای چهارگانه‌ی نظام سلامت شامل تولید، تامین مالی، تولید و ارایه‌ی خدمات سلامت (۲۷) بررسی کرد.

شکل ۱. رابطه‌ی نظام سلامت با نظام‌های اقتصادی و اجتماعی



چالش‌های خارج از نظام سلامت

برخی از چالش‌های پیش‌روی پوشش همگانی سلامت، خارج از نظام سلامت قرار دارند و عمدتاً متأثر از وضعیت حاکم بر نظام اقتصادی کشور می‌باشند (شکل ۱). درآمد سرانه‌ی پایین، رشد اقتصادی پایین، نرخ بالای بیکاری در کشور، نظام مالیاتی ناکارآمد و غیر شفاف، پایین بودن سطح عمومی حقوق و دستمزد افرادی که حق بیمه می‌پردازند اعم از کارکنان و کارگران، از جمله مواردی

هستند که منابع نظام سلامت را به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم تحت تاثیر قرار می‌دهند. علاوه بر این، عوامل دیگری نیز هستند که بر سلامت مردم تاثیر گذاشته و نظام سلامت را متاثر می‌کنند.

سهم کم و ناپایداری منابع نظام سلامت ناشی از بحران‌های اقتصادی، موضوع قابل توجهی است که اصلاحات در نظام سلامت را تحت تاثیر قرار داده و تحقق پوشش همگانی را به تعویق می‌اندازد. فقدان نظام مالیاتی شفاف و کارآ در کشور، در کنار تاثیر نوسانات قیمت نفت، واقعیت‌های تلخ و غیرقابل انکاری هستند که منابع نظام سلامت را تحت تاثیر قرار می‌دهند. از سوی دیگر، رشد و توسعه‌ی اقتصادی کشور با تاثیر بر اشتغال، باعث افزایش پوشش جمعیت بیمه شده و گسترش چتر محافظت مالی، زمینه را برای تحقق پوشش همگانی سلامت تسهیل می‌نماید.

چالش‌های درون‌نظام سلامت

علاوه بر عواملی که خارج از نظام سلامت، بر عملکرد نظام سلامت تاثیر می‌گذارد و می‌تواند تحقق پوشش همگانی را نیز متاثر نمایند، چالش‌های دیگری نیز وجود دارند که به نحوی از انجا به کارکردهای نظام سلامت برمی‌گردند. در یک دسته‌بندی کلی می‌توان این چالش‌ها را در چهار دسته چالش‌های مربوط به تولید نظام سلامت، چالش‌های مربوط به تامین مالی، چالش‌های مربوط به تولید منابع، و چالش‌های مربوط به ارایه‌ی خدمات تقسیم بندی کرد.

چالش‌های مربوط به تولید

مشکلات و چالش‌های مربوط به تولید را می‌توان زیربنای چالش‌های موجود در درون نظام سلامت دانست؛ چرا که عدم توجه کافی به این موضوع، می‌تواند سبب بروز مشکلات عدیده‌ای در سایر کارکردهای نظام سلامت شود. جهت‌گیری مبهم نظام سلامت در زمینه‌ی الگوی کلی دستیابی به پوشش همگانی سلامت، همکاری ضعیف بین بخشی ناشی از عدم برنامه‌ریزی مناسب، عدم استفاده از شواهد متقن علمی در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها، عدم توجه به برقراری تعادل بین منافع ذی‌نفعان مختلف در سیاست‌گذاری‌ها، عدم توجه به جنبه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی برنامه‌ها و مداخلات سلامت، عدم توجه به ساختارها و بسترهای موجود در تدوین و اجرای سیاست‌ها، عزل و نصب زیاد مدیران در سطوح مختلف، و وابسته بودن سیاست‌ها و برنامه‌ها به اشخاص، از جمله چالش‌هایی هستند که در زمینه‌ی تولید نظام سلامت قابل بررسی می‌باشند. علی‌رغم این که عمده‌ی صاحب‌نظران (در مطالعه‌ی کیفی که برای تدوین این متن مورد سوال قرار گرفته‌اند) در مورد وجود چالش‌های اساسی در تولید نظام سلامت در ایران اتفاق نظر داشتند، اختلاف دیدگاه طیف ذی‌نفعان در مورد نحوه‌ی تفکیک وظایف تولیدی نظام سلامت کاملاً مشهود می‌باشد. تعرفه‌گذاری خدمات مراقبت سلامت از وظایفی است که به طور عمده متاثر از عملکرد تولید نظام سلامت ایران است. با توجه به این که تعرفه‌گذاری در واقع مشخص‌کننده‌ی ارزش نسبی خدمات سلامت و در نتیجه قیمت آن‌ها می‌باشد، نقش اساسی در فرایند خرید خدمات، عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر و در نهایت پرداخت از جیب مردم خواهد داشت. برخی خبرگان تاکید داشتند که نزدیک به ده سال است که تعرفه‌های بخش دولتی و خصوصی در بخش سلامت از یکدیگر فاصله گرفته‌اند و مقدار K خدمات در این دو بخش متفاوت تعیین می‌شوند. برخی از خبرگان اظهار داشتند که ارایه‌دهندگان خصوصی در بازار سلامت ایران نقش قابل توجهی ایفا می‌کنند و با توجه به مشکلات پوششی برخی خدمات ارایه شده توسط بخش خصوصی و هزینه‌های آن، مشکلات مربوط به دسترسی، به‌ویژه دسترسی مالی که همان محافظت مالی می‌باشد، موجب افزایش پرداخت از جیب شده است. به‌علاوه، در هنگام ارایه‌ی خدمات، نظارت صحیحی بر همین تعرفه‌های موجود نیز اعمال نمی‌شود.

همچنین، با توجه به حضور فعال ارایه‌دهندگان خصوصی در بازار مراقبت سلامت، به‌ویژه خدمات سرپایی و تشخیصی، بخش خصوصی نقش تعیین‌کننده‌ای در پرداخت از جیب مردم دارد؛ اما به زعم خبرگان، علی‌رغم نقش پررنگ این بخش در ارایه‌ی خدمات سلامت، در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها مورد توجه جدی قرار نگرفته‌اند.

چالش‌های مربوط به تامین مالی

چالش‌های موجود در تامین مالی را می‌توان به دو دسته‌ی چالش‌های مربوط به جمع‌آوری و انباشت درآمدها و چالش‌های مربوط به خرید راهبردی تقسیم کرد:

چالش‌های مربوط به جمع‌آوری و انباشت درآمدها

اجباری نبودن پوشش بیمه، وجود صندوق‌های بیمه‌ی متعدد با سطوح فرانشیز و پیش‌پرداخت متفاوت، نزولی و ناعادلانه بودن حق بیمه‌های دریافتی از افراد، نابرابری و اختلاف در مورد میزان تعهدات بیمه‌ها در پرداخت مخارج سلامت، نامشخص بودن موقعیت افراد در دهک‌های درآمدی جهت حمایت دولت با توجه به توان مالی افراد، همپوشانی در آمار، ناکارآمدی سازمان‌های بیمه‌گر در ارایه‌ی حفاظت مالی مناسب، نبود ساختارهای اطلاعاتی لازم و اجرایی نشدن پرونده‌ی الکترونیک سلامت، و وجود بخش اقتصادی غیر رسمی وسیع در کشور و در نتیجه ایجاد موانع بر سر راه پوشش بیمه‌ی اجتماعی، از جمله چالش‌های موجود در زمینه‌ی جمع‌آوری و انباشت درآمدها می‌باشد که خبرگان به آن‌ها اشاره کردند.

با بررسی میزان پوشش دو صندوق اصلی تامین اجتماعی و بیمه‌ی سلامت ایران و با در نظر گرفتن جمعیت کشور و آمار سایر صندوق‌ها می‌توان به این نتیجه رسید که برخی افراد، تحت پوشش دو صندوق بیمه می‌باشند که این تعداد در مطالعه‌ی شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت (۱۳۸۹)، بیش از ۵٪ برآورد شد (۲۸). علت این همپوشانی را می‌توان ناشی از عدم شناسایی دقیق بیمه شده‌ها به دلیل عدم وجود نظام‌های اطلاعاتی مناسب و یکپارچه در نظام سلامت کشور دانست. در ضمن باید توجه داشت که عدم وجود نظام اطلاعاتی جامع و یکپارچه و عدم اجرایی شدن پرونده‌ی الکترونیک سلامت، پیگیری وضعیت مراقبت‌های ارایه شده به بیماران را غیرممکن کرده و باعث ایجاد سندرم رادار^۱ در نظام سلامت شده است که به نوبه‌ی خود اثربخشی و هزینه اثربخشی مداخلات نظام سلامت را با مشکل مواجه کرده است.

از سوی دیگر، بین صندوق‌های بیمه نیز در ایران نابرابری‌هایی وجود دارد و افراد از نظر دسترسی به پوشش بیمه در دسته‌های مختلفی قرار می‌گیرند (۳). گروهی از افراد که در شرکت‌های دولتی و نسبتاً پر درآمد فعالیت دارند، عضو صندوق‌های بیمه‌ای ثروتمند هستند و سایر گروه‌ها، عضو صندوق‌هایی هستند که از نظر مالی وضعیت خوبی نداشته و پایداری مالی چندانی ندارند (۲۹، ۳۰).

چالش‌های مربوط به خرید راهبردی خدمات سلامت

خرید خدمات به عنوان فرایندی که منابع جمع‌آوری شده را به خدمات ارایه شده برای جمعیت تحت پوشش وصل می‌کند،

۱ در سندرم رادار بیماران در هنگام بیماری به نظام سلامت مراجعه می‌کنند و اصطلاحاً در صفحه‌ی رادار نشان داده می‌شوند و پس از دریافت خدمات از صفحه رادار حذف می‌شوند و هیچ پیگیری مراقبت سلامتی انجام نمی‌شود. این مشکل عمدتاً ناشی از نبود نظام اطلاعات یکپارچه و اجرایی نشدن پرونده‌ی الکترونیک سلامت است.

تأثیر قابل ملاحظه‌ای در مدیریت منابع و دستیابی به پوشش همگانی سلامت دارد. بسته‌ی بیمه‌ی پایه‌ی سلامت، پوشش نسبتاً خوبی ارائه می‌دهد؛ اما به زعم اکثر خبرگان سلامت، بسته‌ی بیمه‌ی پایه بصورت غیرعلمی تدوین شده است و در طراحی آن، اولویت‌بندی خدمات و هزینه‌های اثربخشی مداخلات مورد توجه قرار نگرفته است. در ورود خدمات جدید نیز به این معیارها توجهی نمی‌شود. یکی از علل اصلی مشکلات ذکر شده در طراحی بسته‌ی خدمات و عدم جامعیت آن، عدم هماهنگی و توافق بین ذی‌نفعان مختلف به‌ویژه سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت در تدوین این بسته‌ها و به بیانی دیگر، کم‌رنگ بودن نقش خریداران خدمات یعنی سازمان‌های بیمه‌گر در این فرایند می‌باشد.

چالش دیگری که در فرایند خرید خدمات سلامت در کشور توسط خبرگان بیان شد، مشکلات مربوط به سازوکار پرداخت می‌باشد. روش پرداخت موجود که عمدتاً کارانه می‌باشد، علاوه بر ایجاد انگیزه برای تقاضای القایی توسط ارائه‌کننده و ذات تورم‌زای خود، ارتباط چندانی با پیامدها و کیفیت خدمات ارائه شده توسط ارائه‌دهنده ندارد. همچنین، با توجه به این که عمده خطر مالی بر دوش پرداخت‌کننده می‌باشد، سازمان‌های بیمه‌گر به دلیل کمبود منابع، توان پوشش برخی خدمات گرانیقیمت را نخواهند داشت؛ این موضوع به نوبه‌ی خود، ابعاد مختلف پوشش همگانی به‌ویژه محافظت مالی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یکی از ابعاد اصلی مورد توجه در فرایند خرید خدمات، قیمت این خدمات می‌باشد. قیمت خدمات که در قالب تعرفه‌گذاری تعیین می‌شود با چالش‌هایی روبرو است که مهم‌ترین آن‌ها، عدم هماهنگی ذی‌نفعان، بخصوص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (به عنوان متولی سلامت) و سازمان‌های بیمه‌گر (به عنوان خریدار خدمات) در این فرایند می‌باشند.

چالش‌های مربوط به تولید منابع

بر اساس نظر خبرگان، تامین منابع مورد نیاز بخش سلامت جهت پوشش همگانی با چالش‌های متعددی مواجه است که عمدتاً ناظر به منابع انسانی می‌باشد. استفاده‌ی ناکارآمد از منابع انسانی بخش سلامت و کمبود نیروی انسانی در برخی مناطق روستایی و کمتر توسعه یافته، چالش عمده‌ای است که علاوه بر کاهش دسترسی مردم آن مناطق به خدمات نظام سلامت، به علت ضرورت سفر برای دریافت خدمات سلامت، منجر به افزایش مخارج مستقیم از جیب می‌گردد. این اتفاق به دلیل نبود زیرساخت‌های لازم، کمبود تجهیزات، و عدم تمایل نیروی انسانی به کار در مناطق روستایی و محروم می‌باشد (۳۱). از سوی دیگر، سلامت محور نبودن برنامه‌ی آموزشی پزشکان عمومی، منجر به عدم پاسخگویی به برخی نیازهای سلامت در سطح اول و مناطق روستایی می‌گردد.

به زعم خبرگان سلامت، ورود بدون کنترل دارو و تجهیزات پزشکی نیز از جمله چالش‌هایی است که با توجه به کمبود منابع مالی سلامت، مشکلات زیادی را برای بخش سلامت ایجاد کرده است. استفاده‌ی غیر بهینه از منابع و عدم بکارگیری اصول و مفاهیم اقتصادی در بخش سلامت و در راس آن‌ها، عدم بهره‌گیری از ارزیابی اقتصادی فناوری سلامت، در برخی موارد موجب هدر رفتن بخش عمده‌ای از منابع تخصیص یافته به بخش سلامت می‌شود.

چالش‌های مربوط به ارائه‌ی خدمات

ارایه‌ی خدمات سلامت، واضح‌ترین عملکرد نظام سلامت و به عنوان ویتترین نظام سلامت مورد توجه است. بسیاری از چالش‌ها و مشکلات مربوط به ارائه‌ی خدمات سلامت، ریشه در چالش‌های خارج از نظام سلامت و چالش‌های مربوط به تولید، تامین مالی، و تولید منابع دارد.

به طور خاص، در زمینه‌ی ارائه‌ی خدمات سلامت در تمام مناطق و به تمام شهروندان، توفیقاتی حاصل شده است اما مشکلات و

موانعی نیز همچنان وجود دارد. یکی از این مشکلات، توزیع ناعادلانه‌ی منابع سلامت و عدم بهره‌مندی عادلانه از خدمات سلامت در مناطق جغرافیایی مختلف می‌باشد. در مناطق روستایی، خدمات سطح اول بطور مناسب و فعال ارائه می‌شود اما در نقاط شهری، بویژه در حاشیه‌ی شهرها، ارائه‌ی خدمات بطور منفعل می‌باشد. در عین حال، در مناطق روستایی و محروم، خدمات سلامت سطوح دوم و سوم کمتر از شهرهای بزرگ و توسعه یافته ارائه می‌شود که این به دلیل نبود زیرساخت‌های لازم، کمبود تجهیزات، و عدم تمایل نیروی انسانی به کار در مناطق روستایی و محروم می‌باشد (۳۱).

چالش دیگر در ارائه‌ی خدمات، به کیفیت خدمات مربوط می‌شود. علی‌رغم اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف کیفیت در کشور، بویژه در بخش خدمات بیمارستانی، کیفیت خدمات به سطح مورد انتظار و مناسبی نرسیده است. این مشکل، بر پاسخگویی تاثیر گذار بوده است و شاید بتوان گفت یکی از دلایل اصلی پاسخگویی نامناسب، مشکلات مربوط به کیفیت می‌باشد که در نتیجه‌ی ضعف نظارت و اعمال تولید در نظام سلامت رخ می‌دهد. در این زمینه، خبرگان به ضعف در تدوین، اجرا، و نظارت بر راهنماهای بالینی نیز اشاره کرده‌اند. با این که این چالش مربوط به تولید نظام سلامت می‌باشد، بسیاری از مشکلات مربوط به ارائه‌ی خدمات، مانند کیفیت نامناسب خدمات، تقاضای القایی عرضه‌کننده، و پاسخگویی پایین ارائه‌دهنده نیز از این مسئله نشات می‌گیرد.

ارزومات سیاست‌ریش نیازهای استقرار پوشش همگانه سلامت در ایران

نظام سلامت دارای اجزا و ارکان متعددی است که به صورت یک نظام هوشمند فعالیت می‌کند و کلیه‌ی اجزای آن با هم ارتباط دارند و تغییر در یکی از اجزای آن، سبب تغییر در سایر قسمت‌ها می‌شود. پوشش همگانی سلامت نیز از کارکرد بدون عیب و نقص تمامی ارکان نظام سلامت حاصل می‌شود. بنابراین، شاید اساسی‌ترین اصل جهت تحقق پوشش همگانی سلامت، قایل بودن به تفکر سیستمی در نظام سلامت باشد.

اولین نکته‌ای که باید مورد توجه قرار گیرد و عمده‌ی خبرگان سلامت روی آن اتفاق نظر دارند این است که ساختار اقتصادی- اجتماعی کشور به طور چشمگیری بر عملکرد و حتی اهداف نظام سلامت تاثیر می‌گذارد. چنانچه ساختار و عملکرد اقتصادی کشور اصلاح شده و بهبود یابد، بخش عمده‌ای از فشارهای وارده بر نظام سلامت کم خواهد شد. افزایش درآمد ناشی از رشد اقتصادی کشور، باعث افزایش قدرت خرید مردم شده و تقاضا برای خدمات درمانی افزایش می‌یابد. از طرف دیگر، با تحت پوشش بیمه قرار گرفتن مردم از طریق اشتغال، موانع مالی در بهره‌مندی از خدمات درمانی تا حدود زیادی کاهش می‌یابد. به همین ترتیب، افزایش درآمد عمومی کشور از طریق اصلاح ساختار مالیاتی، توان مالی دولت را در پوشش همگانی سلامت افزایش داده و پایداری منابع را قوت می‌بخشد. بنابراین، اصلاح مولفه‌های اقتصادی کشور، هر چند غیر مستقیم، به‌طور چشمگیری بر توان و ظرفیت مالی دولت در ایجاد اصلاحات پایدار نظام سلامت تاثیرگذار بوده و در همگانی کردن پوشش سلامت از اهمیت و جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. وقتی سهم نظام سلامت از کل تولید ناخالص داخلی و بودجه‌ی عمومی کشور تعیین شد، این نقش‌آفرینان عرصه‌ی نظام سلامت هستند که با ایفای نقش خویش، سرنوشت کشور را در دستیابی به پوشش همگانی سلامت رقم خواهند زد.

همانگ کردن تمامی نقش‌آفرینان عرصه‌ی سلامت اعم از وزارت بهداشت و درمان کشور، سازمان‌های بیمه‌گر، خریداران و ارائه‌کنندگان خدمات، سازمان‌های صنفی پزشکی و از همه مهم‌تر، مردم کاری دشوار اما ضروری می‌باشد. نبود یک تولید واحد و قوی جهت ایجاد هماهنگی، تبیین چارچوب‌ها و تعریف بایدها و نبایدها در سطوح کلان، بیش از هر چیز دیگری می‌تواند اجرای برنامه‌ها و ایجاد اصلاحات پایدار و ماندگار را تحت الشعاع قرار دهد. جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت، باید ضمن مشخص

شدن جهت‌گیری نظام سلامت، تصمیم‌های راهبردی و کلیدی در حوزه‌ی سلامت توسط تولید واحد اتخاذ شود؛ موضوعی که در گزارش‌های مختلف سازمان جهانی بهداشت نیز مورد تأکید قرار گرفته است. بیشتر خبرگان اعتقاد دارند که نقش تولیتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از ابتدای دولت یازدهم تا حد بسیار زیادی تقویت شده است اما نشانی از تغییرات ساختاری و قانونی در تولید واحد وجود ندارد. به همین دلیل، ارایه‌ی تعریف روشن و واحدی از تولید و تعیین دامنه‌ی وظایف و اختیارات آن کمک می‌کند تا با ایجاد هماهنگی و یکپارچگی در حوزه‌ی سیاست‌ها و ایجاد انسجام در برنامه‌ها و اقدامات، مسیر تحقق پوشش همگانی سلامت، همچون سایر برنامه‌های در دست اجرا هموار شود. لذا باید یک بار برای همیشه حریم و حدود تولید و دامنه‌ی وظایف و اختیارات آن را با مشارکت تمام نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان عرصه‌ی سلامت معین و ابلاغ کرد تا شاید ناکامی‌های موجود در اجرای برنامه‌ها و دستیابی به اهداف تعریف شده، به دلیل ابهام در "تولیت" تعبیر نشود.

لازم است نقش بیمه‌ها و چگونگی ارتباط آن‌ها با تولید به صورت واضح تبیین شود و اختیارات سازمان‌های بیمه‌گر، متناسب با وظایف و نقشی که نظام سلامت برای آن‌ها قایل می‌شود تعیین گردد. ابهام در وظایف تولید و بیمه‌ها، و یا فقدان مرز مشخص و عدم رعایت آن از سوی طرفین، مانع از خرید راهبردی خدمات شده و باعث ناکارآمدی در اختصاص منابع نظام سلامت گردیده است. به‌منظور کاهش تقابل افراد تشکیل‌دهنده‌ی نظام سلامت و ارتقای تعامل بین آنان، چاره‌ای نیست جز این که نقش، وظایف و اختیارات هر یک از اجزا به‌درستی و با دقت تعیین گردد و این مهم برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت الزامی است.

با توجه به نقش بسیار مهمی که بخش خصوصی در ارائه‌ی خدمات در نظام سلامت دارد، ضروری است در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها نیز مورد توجه بیشتری قرار گیرد. گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت نیز نادیده انگاشته شدن بخش خصوصی در سیاست‌گذاری‌ها را به‌عنوان یک چالش اساسی در کشورهای مختلف در نظر گرفته است و تقویت برنامه‌ریزی و نظارت دولت در زمینه‌ی بخش خصوصی را یکی از راهکارهای ارتقای عملکرد نظام‌های سلامت دانسته است (۲۷). بدون تردید، دستیابی به پوشش همگانی سلامت، بدون توجه به جایگاه و توان بخش خصوصی در ارائه‌ی خدمات سلامت، امری غیر ممکن می‌نماید. با توجه به این که بخش عمده‌ای از خدمات سرپایی در کشور توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد، عدم الزام بخش خصوصی به رعایت تعرفه‌های مصوب و عدم توزیع مناسب و منطقی بخش خصوصی در گستره‌ی کشوری، تأمین محافظت مالی و دسترسی عادلانه شهروندان به خدمات سلامت را که از اهداف پوشش همگانی سلامت می‌باشد با مشکل مواجه می‌کند.

تقویت زیرساخت‌های اطلاعاتی، به‌عنوان یک پیش‌نیاز در زمینه‌ی تأمین مالی نظام سلامت مطرح است. این اقدام می‌تواند در مرتفع کردن چالش‌های این بخش تأثیر شایانی بگذارد. همان‌گونه که بحث شد، چالش عمده در تأمین مالی، نداشتن اطلاعات کافی در مورد بیمه‌شدگان می‌باشد؛ این موضوع سبب شده است مدیریت منابع مالی در نظام سلامت فرایندمدار و نظام‌مند نباشد.

تحول در آموزش پزشکی و تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای بهداشتی و درمانی جامعه از جمله الزامات مهم، نه تنها برای تحقق پوشش همگانی سلامت بلکه برای استمرار این مهم می‌باشد که تعدادی از خبرگان به آن اشاره داشته‌اند. آموزش نیروی انسانی، تأثیر انکارناپذیری بر نظام عرضه و تقاضای خدمات سلامت و بالطبع بر هزینه‌های نظام سلامت دارد. بدون وجود نیروی انسانی کافی، تأمین به موقع خدمات سلامت مورد نیاز شهروندان به‌راحتی میسر نبوده و کنترل بازار عرضه و تقاضا کار دشواری خواهد بود. کمبود عرضه و یا افزایش بی‌رویه‌ی کادر پزشکی، هر یک به نحوی می‌توانند مانعی برای تحقق پوشش همگانی سلامت باشند. افزایش نیروی انسانی در هر یک از رشته‌های تخصصی، ضمن تسهیل دسترسی مردم به خدمات، امکان ایجاد تقاضای القایی و در نتیجه، افزایش هزینه‌های درمانی را فراهم می‌کند. از طرف دیگر، کمبود نیروی درمانی و یا نامتناسب بودن تربیت نیروی درمانی، تکمیل

ابعاد سه‌گانه‌ی مکعب پوشش همگانی را با چالش روبرو می‌کند.

از دیدگاه بیشتر خبرگان سلامت، فقدان سیاست‌گذاری و مدیریت متاثر از شواهد اثربخش و مستمر، از جمله عواملی است که نظام سلامت و دست‌اندرکاران آن را به شدت آزار داده و باعث هدر رفت منابع می‌شود. عدم وجود نظام سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری و مدیریت متاثر از شواهد، عدم بهره‌گیری از نظام ارزیابی فناوری سلامت، عدم تقید به نظام سطح‌بندی خدمات در توسعه‌ی زیرساخت‌ها و شبکه‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی، عدم وجود الگوی مصرف و عدم استفاده از راهنماهای بالینی در تشخیص و درمان بیماران و بسیاری موارد مشابه دیگر، همگی از جمله مواردی هستند که در صورت عدم توجه، پوشش همگانی سلامت را با مشکل روبرو خواهند ساخت.

در کنار موارد پیش‌گفت، الزامات و ملاحظات دیگری نیز وجود دارند که لازم است توسط سیاست‌گذاران، برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت مورد توجه قرار بگیرند. خبرگان سلامت، به موارد زیر اشاره کرده‌اند:

|||| لزوم ثبات مدیریت و وجود مدیران متعهد به پوشش همگانی سلامت

|||| تقویت قوانین و طراحی و لازم‌الاجرا کردن قوانین موثر و کارآمد

|||| عزم ملی و حمایت‌های سیاسی

|||| فرهنگ سازی و آموزش به مردم و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت

|||| تخصیص بودجه‌ی دولتی باثبات و افزایش متناسب با نیاز واقعی به نظام سلامت

|||| پیشنهادها جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران

بر اساس آنچه در مورد وضعیت جمهوری اسلامی ایران در زمینه‌ی پوشش همگانی سلامت، چالش‌های موجود در این راستا، و همچنین پیش‌نیازهای ارایه شده جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت در فصول گذشته ذکر شد، در این بخش به بیان پیشنهادها و راهکارهای اجرایی جهت تحقق پوشش همگانی سلامت پرداخته خواهد شد.

در بررسی پیشنهادها، باید توجه داشت که صرف توجه به یک دسته اقدامات نمی‌تواند ما را در دستیابی به پوشش همگانی سلامت یاری کند. اگرچه، کمبود در برخی ابعاد پوشش همگانی سلامت بیشتر مشاهده می‌شود، اقدامات باید همه جانبه و هم‌زمان باشد؛ به نحوی که این اقدامات به نظام سلامت کمک کند تا در تمام ابعاد پوشش همگانی سلامت توسعه یابد. بنابراین، هم‌راستا با سایر فصول این گزارش، اقدامات اجرایی پیشنهادی در زمینه‌ی تحقق پوشش همگانی سلامت بر اساس چهار بعد افزایش جمعیت تحت پوشش، طراحی بسته‌ی خدمات و افزایش خدمات تحت پوشش، بهبود و ارتقای کیفیت خدمات، و در نهایت، افزایش محافظت مالی افراد تقسیم‌بندی شده‌اند. همچنین با توجه به اهمیت سیاست‌گذاری متاثر از شواهد، در پایان، پیشنهادهایی برای تقویت نگاه پژوهش محور به حل مشکلات سلامت و به ویژه پوشش همگانی سلامت ارایه شده است.

الف) محافظت مالی افراد

یکی از مهمترین ابعادی که در زمینه‌ی پوشش همگانی سلامت بیشترین توجه را به خود معطوف داشته، حفاظت مالی جمعیت تحت پوشش در زمان پرداخت مخارج سلامت است. این موضوع در ایران نیز توجه زیادی را به خود جلب کرده و در برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه‌ی اقتصادی اجتماعی کشور مورد توجه قرار گرفته است؛ اما تاکنون اهدافی که در برنامه‌های توسعه در نظر گرفته شده محقق نشده است و همچنان پرداخت از جیب مردم در زمان دریافت خدمات سلامت، بیش از ۵۰ درصد مخارج سلامت می‌باشد (۴).

همچنین بر اساس شواهد موجود، چالش برانگیزترین جنبه‌ی پوشش همگانی سلامت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، حفاظت مالی از افراد در زمان دریافت خدمات سلامت است.

در این زمینه و به منظور فایق آمدن بر بسیاری از چالش‌های ذکر شده، راهکارهای متعددی ارائه شده است که می‌توان آن‌ها را در دسته‌بندی زیر ارائه نمود:

▄▄▄ افزایش سهم سلامت از منابع دولتی

اولین گزینه‌ی پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت، به‌ویژه برای کشورهای با درآمد پایین و متوسط، افزایش سهم سلامت از بودجه‌ی عمومی دولت می‌باشد. در این راستا پیشنهاد عملیاتی، اولویت‌بندی مجدد بودجه‌های دولتی و چانه‌زنی جهت تخصیص بخش بیشتری از بودجه‌ی عمومی دولت به بخش سلامت می‌باشد (۳۲). این موضوع، در طرح تحول سلامت مورد توجه قرار گرفته است و بخشی از درآمد حاصل از مرحله‌ی دوم هدفمندی یارانه‌ها (حدود ۱۰ درصد) و همچنین افزایش یک درصدی مالیات بر ارزش افزوده، به بخش سلامت تعلق گرفته است که اقدام مفیدی در این راستا می‌باشد. اما، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی سلامت در کشور، باید اقداماتی را در راستای پایداری منابع انجام دهد و سعی کند تا تخصیص این منابع به بخش سلامت به‌صورت قانون در آید و در صورت وجود قوانین کارآمد، این قوانین به صورت کامل اجرا شود؛ اتفاقی که متأسفانه در سال‌های گذشته بطور کامل تحقق پیدا نکرده است. بنابراین، مهم‌ترین اقدام در این راستا می‌تواند تلاش در جهت پایدار کردن منابع دولتی تامین مالی نظام سلامت باشد که در بند ده سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری نیز بدان تصریح شده است.

در کنار افزایش سهم سلامت از بودجه‌ی عمومی دولت، تاکید بر مالیات‌های نشان‌دار نیز یکی از راه‌های افزایش سهم منابع بخش سلامت است که برخی خبرگان به آن اشاره کرده‌اند. این نوع مالیات‌ها، علاوه بر این که منابع پایدار و بدون نیاز به چانه‌زنی را در اختیار بخش سلامت قرار می‌دهد، با اثری که بر کاهش تقاضای کالاهای مضر برای سلامتی دارد به طور مستقیم در ارتقای پیامدهای سلامتی نقش ایفا می‌کند و دارای منفعت دوجانبه برای بخش سلامت است (۳۲، ۳۳). در این راستا، مقام معظم رهبری در بند ۱۰-۳ سیاست‌های کلی نظام سلامت، این موضوع را مورد توجه قرار داده‌اند و بر آن تاکید کرده‌اند. بنابراین، با توجه به مصرف قابل توجه دخانیات، شکر و نمک در کشور پیشنهاد می‌شود با وضع مالیات بر مصرف این کالاها، علاوه بر کاهش مصرف این مواد مضر، منابع آزاد شده را به‌طور خاص و مستقیم به بخش سلامت اختصاص دهند.

همچنین با توجه محدودیت بیشتر مناطق کم‌برخوردار در زمینه‌ی دستیابی به پوشش همگانی سلامت، یکی از روش‌های ابتکاری، افزایش مالیات بر کالاها و خدماتی است که بیشتر مورد استفاده افراد غنی‌تر جامعه است. به‌عنوان مثال، افزایش مالیات بر بلیت‌های هواپیما، داد و ستدهای پول‌های خارجی، عوارض خروج از کشور، و مبادلات مربوط به کالاهای لوکس و گران قیمت، و تخصیص درآمد حاصل به بخش سلامت در مناطق کمتر برخوردار و محروم می‌تواند راهکار موثری باشد. وضع مالیات بر فعالیت‌هایی که تاثیر نامطلوب بر اقتصاد دارند و سبب خروج ارز از کشور می‌شوند و اختصاص آن به بخش سلامت نیز از جمله توصیه‌های راهبردی است که به‌راحتی توسط مقامات اقتصادی و مالی کشور تایید خواهد شد (۳۲-۳۴).

افزایش سهم بیمه‌ها در تامین مالی

جنبه‌ی دیگر حفاظت مالی افراد، توجه به سهم بیمه‌های اجتماعی است. با توجه به سهم کم بیمه‌های اجتماعی در تامین مخارج سلامت، راهکار دیگر افزایش مشارکت بیمه‌های اجتماعی در تامین مالی مراقبت سلامت و افراد تحت پوشش است. یکی از گالیهایی که معمولاً نسبت به سازمان‌های بیمه‌ای می‌شود، پوشش ناکافی هزینه‌های تشخیصی و درمانی بیمه‌شدگان تحت پوشش و عدم پوشش هزینه‌های بهداشتی و اقدامات پیشگیرانه می‌باشد. ناتوانی بیمه‌ها در پوشش هزینه‌های سلامت بیمه‌شدگان، به دلیل ناکافی بودن حق بیمه‌ی دریافتی، رشد شتابنده و نامتناسب هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان، عدم وجود نظام اولویت‌بندی و تخصیص غیربهبینه، نبود خرید راهبردی و مصرف غیر ضروری خدمات توسط بیمه‌شدگان، از موانع جدی در تحقق پوشش همگانی سلامت می‌باشند. بدین منظور، ضمن افزایش حق بیمه و سایر اقدامات اصلاحی برای منطقی شدن الگوی مصرف و کنترل هزینه‌ها، دولت می‌تواند با افزایش اختصاص منابع مالی از محل بودجه‌ی عمومی و یا یارانه‌ها به صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر، مسیر تحقق پوشش همگانی را هموار نماید. افزایش کارآیی صندوق‌های بیمه نیز به طور قطع در این زمینه ضروری خواهد بود (۳۲، ۳۵).

برخی صاحب‌نظران نظام سلامت، اجباری شدن بیمه‌ی سلامت را راهی برای تحقق پوشش همگانی سلامت می‌دانند. اگرچه اقدام دولت یازدهم در جهت ارایه‌ی پوشش همگانی بیمه سلامت به تمام شهروندان فاقد بیمه که به صورت رایگان انجام می‌شود، این دغدغه را تا حدودی مرتفع نموده است، تمکن مالی دولت در استمرار این سیاست مورد تردید بوده و به نظر می‌رسد پوشش رایگان بیمه باید مختص شهروندان بی‌بضاعت و آسیب پذیر باشد. لذا برای پوشش دائمی بیمه، پیشنهاد می‌گردد سازوکاری برای اجباری کردن پوشش بیمه ایجاد گردد. از سوی دیگر، انتقاد وارده به پوشش رایگان بیمه‌ی همگانی این است که شاید برخی افراد به لحاظ مالی نیازمند بیمه‌ی رایگان نباشند و افراد متمول که می‌بایست سهم بیشتری در پیش‌پرداخت‌ها داشته باشند، سهمشان به صفر تقلیل یابد. لذا می‌بایست با طراحی نظام اطلاعات روزآمد از بروز چنین بی‌عدالتی‌هایی جلوگیری شود.

همچنین طبق نظر خبرگان، حذف همپوشانی در صندوق‌های بیمه با استقرار نظام پرونده‌ی الکترونیک سلامت قابل حصول می‌باشد. به منظور افزایش کارآیی بیمه‌های اجتماعی باید نحوه‌ی عملکرد و استفاده از منابع صندوق‌های بیمه مورد توجه و پایش قرار گیرد. در این زمینه می‌توان به موارد زیر توجه کرد:

تعیین میزان پوشش بهینه‌ی جمعیت

تعیین هزینه اثربخش ترین بسته‌ی خدمات تحت پوشش

کنترل مخاطره‌ی اخلاقی مصرف کننده^۱ به نحوی که نیاز یا تقاضای ضروری تحت تاثیر قرار نگیرد.

کنترل مخاطره‌ی اخلاقی ارایه‌دهنده^۲

مدیریت تقاضای القایی

تعیین میزان بهینه‌ی حق مشارکت‌ها و فرانشیز بیماران در هنگام دریافت خدمات سلامت

1 Consumer Moral Hazard

2 Provider Moral Hazard

به روز رسانی بسته‌ی خدمات و اولویت‌بندی بسته‌های تحت پوشش بیمه نیز باید مورد توجه قرار گیرد. به‌عنوان مثال، در پوشش خدمات، اولویت خدمات توسط بیمه مشخص شود. در حال حاضر، بیمه‌ها فقط درصدی ثابت از مخارج را تحت پوشش قرار می‌دهند و تفاوت چندانی بین خدمات پرهزینه و کم هزینه قایل نمی‌شوند.

استفاده بهینه از منابع فعلی

راهکارهای دیگری نیز وجود دارند که بیشتر بر استفاده‌ی کارآمد از منابع فعلی بخش سلامت تاکید دارند. به بیان دیگر، حتی اگر منابع بخش سلامت افزایش نیابد، می‌توان با استفاده‌ی بهینه از منابع موجود، پیامدهای بهتری را تجربه کرد (۳۲). لازم به توضیح است که استفاده‌ی کارآمد از منابع در دسترس بخش سلامت، ناظر به کلیه‌ی منابعی است که بخش سلامت در اختیار دارد. این منابع شامل منابع مالی، انسانی، و فیزیکی می‌باشد. اگر از منابع موجود بر اساس برنامه‌های مدون و مبتنی بر شواهد و بر اساس معیارهای هزینه- اثربخشی، و صرفه‌ی اقتصادی، به روش‌های درست استفاده شود و هزینه‌ها کنترل شوند، منابع زیادی از محل صرفه‌جویی، در اختیار نظام سلامت قرار می‌گیرد که می‌توان از محل این منابع مالی، در جهت توسعه‌ی پوشش همگانی کمک گرفت. در غیر این صورت، منابع بین همه به صورت مساوی توزیع می‌شود و افراد نیازمند و افراد غنی به یک نسبت از این منابع استفاده می‌کنند. در نتیجه نمی‌توان افراد نیازمند را به‌خوبی تحت پوشش قرار داد.

لازم است در همه‌ی سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های بخش سلامت و در تمام سطوح، به ابعاد اقتصادی برنامه‌ها به‌عنوان یکی از مهم‌ترین جنبه‌های تصمیمات توجه کرد. به بیان دیگر، از سیاست‌گذاری‌های کلان نظام سلامت گرفته تا تصمیم‌های مربوط به انتخاب مداخلات درمانی برای بیمار باید از ارزیابی اقتصادی بهره جست. در سطح خرد، انتخاب ترکیب بهینه و هزینه اثربخش مداخلات برای بیماران باید مورد توجه قرار گیرد. شواهد نشان می‌دهد یکی از مهم‌ترین علل هدررفت منابع در بخش سلامت، استفاده از مداخلات غیر هزینه اثربخش می‌باشد (۳۶، ۳۲).

راهکار دیگر در زمینه‌ی کنترل هزینه‌ها، تدوین راهنماهای بالینی است که به‌خصوص برای خدمات پرهزینه بسیار موثر خواهد بود. در کنار تدوین راهنماهای بالینی، می‌توان از کمیته‌های علمی در بیمارستان کمک گرفت تا تجویز خدمات پرهزینه، منوط به تصویب در کمیته‌های علمی بیمارستان باشد. این موضوع را خبرگان برای بهبود وضعیت در کوتاه‌مدت پیشنهاد داده‌اند.

از سوی دیگر، عدم ترکیب بهینه‌ی منابع انسانی در ساختارهای زیر مجموعه‌ی وزارت بهداشت، یکی از علل ناکارآمدی در منابع انسانی و در نتیجه ناکارآمدی در کل نظام سلامت می‌باشد. استفاده از نیروی انسانی متخصص در کلیه‌ی سطوح نظام سلامت، استفاده از منابع انسانی ارزان‌تر و با پیامدهای یکسان در طرح‌ها و ساختارهای مربوطه در این زمینه قابل طرح می‌باشد (۲۷، ۳۲).

همچنین ضروری است ارتقای سطح کمی و کیفی مهارتی نیروی انسانی مورد توجه قرار گیرد. به‌عنوان مثال، در راستای تجویز مداخلات هزینه اثربخش می‌توان دوره‌هایی آموزشی برای پزشکان بخش سلامت طراحی کرد. علاوه بر این، توجه به پرداخت مبتنی بر عملکرد^۱، به‌عنوان رویکردی که به‌واسطه‌ی آن می‌توان انگیزش کارکنان، کیفیت خدمات، پیامدهای سلامت، و در نهایت کارایی را افزایش داد ضروری به نظر می‌رسد (۲۷، ۳۲).

ب) پوشش خدمات

در خصوص جمعیت تحت پوشش باید به دو جنبه توجه داشت: الف) افزایش پوشش بیمه به طوری که تمام جمعیت کشور را شامل شود؛ و ب) بهبود دسترسی افراد تحت پوشش به خدمات سلامت به طوری که تمامی شهروندان به خدمات مورد نیاز دسترسی داشته باشند.

||||| افزایش پوشش بیمه

در زمینه‌ی افزایش پوشش بیمه باید توجه داشت که ضمن تحت پوشش قرار دادن همه‌ی افراد جامعه، سعی شود بی‌عدالتی و نابرابری‌های بین افراد بیمه شده از بین برود. همان‌گونه که پیش‌تر بیان شد، در حال حاضر نزدیک به ۲۰ صندوق بیمه در کشور وجود دارد (۳) که این صندوق‌ها پیش‌پرداخت‌ها و تعهدات متفاوتی دارند. به‌علاوه، وجود تعداد زیادی صندوق کوچک، سبب انباشت کم‌خطر و همچنین هزینه‌های زیاد اداری می‌شود و کارآمدی این صندوق‌ها در تامین مالی خدمات سلامت را کاهش می‌دهد.

از این‌رو، سازمان جهانی بهداشت در بسته‌های توصیه‌ای خود در زمینه‌ی پوشش همگانی سلامت به کشورها همواره بر تجمیع صندوق‌های بیمه تاکید کرده است. تجمیع صندوق‌های بیمه، علاوه بر شفافیت، و مشخص کردن افراد تحت پوشش بیمه، می‌تواند زمینه‌ساز بهبود عدالت و برابری در استفاده از پرداخت‌های بیمه در زمان دریافت خدمات سلامت نیز بشود. همچنین، تجمیع صندوق‌ها، به نظام بیمه کمک می‌کند که ضمن کاهش هزینه‌های اداری و مدیریتی صندوق‌های از هم گسیخته، انباشت خطر بهتری را انجام دهد و در نتیجه اعضای صندوق در برابر خطرات مالی، بیشتر تحت محافظت قرار گیرند (۳۶). اما شائبه مطرح شده توسط برخی ذی‌نفعان، بند ۹-۵ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری می‌باشد که بر تقویت بازار رقابتی برای ارائه‌ی خدمات بیمه درمانی تاکید کرده است و شائبه‌ی دیگر، نبود زیرساخت‌های لازم برای تجمیع صندوق‌ها می‌باشد. این گروه از افراد اعتقاد دارند که ابتدا باید سیاست‌گذاری واحدی برای سازمان‌های بیمه‌ی سلامت و تامین اجتماعی و صندوق‌های زیر مجموعه اعمال شود و در صورت ایجاد زیرساخت‌های مورد نیاز، مسئله تجمیع بیمه‌ها مورد بحث و بررسی قرار گیرد. تجربه‌ی جهانی نشان داده است که کشورها توانسته‌اند پوشش همگانی سلامت را در بستر یک نظام واحد بیمه‌ای مانند کانادا و یا با وجود چندین صندوق بیمه‌ای فعال مانند آلمان و ژاپن به اجرا درآورند. هر گونه تصمیم‌گیری در این خصوص باید با توجه به ساختار حاکم بر نظام سلامت، با مشارکت ذی‌نفعان، رعایت منافع ملی و در چارچوب اسناد بالادستی صورت پذیرد. بدیهی است بهره‌گیری از مستندات پشتیبان علمی برآمده از پژوهش بیش از هر زمانی کمک کننده خواهد بود.

همچنین به زعم صاحب‌نظران، در کشورها افراد کم‌درآمدتر سهم بیشتری در تامین منابع مالی صندوق‌های بیمه دارند (۳۸). اگرچه روش درصدی از حقوق و دستمزد که در تامین اجتماعی اجرا می‌شود نسبت به روش سرانه پیشرونده است، درصد مشخصی از حقوق یک خانواده‌ی فقیر، سهم بیشتری از توان مالی آنان نسبت به مقدار مشابه برای خانواده‌های متمول را دریافت می‌نماید. بنابراین، باید سازوکار دریافت حق بیمه به‌گونه‌ای تغییر یابد که بیشتر پیشرونده باشد.

||||| افزایش دسترسی به خدمات سلامت

موضوع دیگر در زمینه‌ی افزایش افراد تحت پوشش، افزایش دسترسی افراد به خدمات سلامت است. با توجه به اجرای طرح شبکه‌های بهداشتی و استمرار آن تاکنون، در زمینه‌ی دسترسی به خدمات سلامت، وضعیت نسبتاً قابل قبولی وجود دارد. اما متأسفانه در برخی

موارد، به دلیل نبود زیرساخت مناسب نارسایی‌هایی وجود دارد. یکی از زیرساخت‌های اساسی برای دسترسی آحاد جامعه، تامین نیروی انسانی با کیفیت در مناطق روستایی و محروم است. معمولاً افرادی که سطوح آموزش دانشگاهی را طی کرده‌اند، علاقه‌ی زیادی به کار در مناطق محروم و دور افتاده ندارند و این موضوع باعث عدم دسترسی برابر در توزیع خدمات سلامت می‌شود (۳۹). از این رو باید سیاست‌هایی اعمال شود که تمایل کارکنان نظام سلامت به کار در مناطق روستایی و محروم را افزایش دهد. در راستای علاقمند کردن نیروی انسانی به ارایه‌ی خدمات در مناطق محروم و روستایی، سیاست‌ها و راهکارهای مختلفی وجود دارد که در یک دسته‌بندی عمده می‌توان آن‌ها را به چهار دسته‌ی آموزشی، تقنینی، حمایت مالی، و حمایت شخصی تقسیم بندی نمود (۳۹، ۴۰). راهکار دیگر، جهت دسترسی بیشتر افراد به خدمات سلامت، اجرای کامل نظام ارجاع در قالب سطح بندی خدمات سلامت است که در طرح شبکه‌های بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است. اجرای صحیح و کامل سطح بندی خدمات سلامت در کنار طرح پزشک خانواده می‌تواند سطح بالایی از دسترسی همگی افراد به خدمات سلامت را تضمین نماید.

ج) گستره خدمات

تعریف دقیق بسته‌ی خدمات، یکی از اجزای اساسی پوشش همگانی سلامت است که در بسیاری از کشورهای پیش رو در زمینه‌ی پوشش همگانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است. کشورهای مختلف سعی کرده‌اند بسته‌ی نسبتاً جامعی از خدمات سلامت را تحت پوشش قرار داده و آن را به افراد ارایه دهند.

با توجه به تجربیات کشورهای مختلف (جدول ۲)، خدمات درمانی ضروری باید به طور کامل و برای تمام افراد ارایه شود. در ایران با توجه به تاکید طرح شبکه‌های بهداشتی بر سطح بندی خدمات، در زمینه‌ی مراقبت سلامت اولیه تلاش‌های مناسبی شده است و در سطح اول، بسته‌ی پایه‌ی خدمات در این زمینه به طور رایگان در خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی به شهروندان عرضه می‌شود. ولی متأسفانه در سطوح بالاتر، بسته‌ی خدمات به خوبی تعریف و شناسایی نشده است که نیازمند تلاش است. در طراحی بسته‌ی خدمات می‌توان به تجربیات کشورهای مختلف توجه کرد و بر پایه‌ی بسته‌ی طراحی شده توسط آنان، بسته‌ی مناسب برای شهروندان ارایه نمود تا همه به سطح مناسبی از خدمات نظام سلامت دسترسی داشته باشند.

در فصل سوم، گزارش بسته‌ی خدمت در ایران به تفصیل مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به اقدامات صورت گرفته در این زمینه، به زعم خبرگان، نداشتن برنامه‌ریزی مشخص در زمینه‌ی بسته‌ی خدمات، مشکلاتی را ایجاد کرده است. در گذشته، تلاشی در زمینه‌ی تهیه و تدوین بسته‌ی خدمات انجام شده است که در حال حاضر در وزارت بهداشت موجود است. ولی این تلاش باید مداوم باشد و بسته‌ی خدمات باید به طور سالانه و حسب نیاز به روز شود. همچنین سازوکار به روزرسانی بسته‌ی خدمات نیز می‌بایست مشخص گردد.

همان گونه که در فصل سوم بیان شد، نیاز به یک الگوی علمی منطقی برای طراحی بسته‌ی خدمات سلامت در سطوح مختلف نظام سلامت وجود دارد تا بتوان منابع موجود نظام سلامت را به گونه‌ای بهتر تخصیص داد. پیش نیاز و ملزومات در این زمینه، ترویج و تقویت بنیه‌ی علمی در خصوص ظرفیت‌های تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری متاثر از شواهد است که این به نوبه‌ی خود وابسته به وجود نظام اطلاعاتی معتبر و تعیین اولویت‌های محلی مبتنی بر نیاز است.

به منظور تعریف بسته‌ی خدمات، در ابتدا باید معیارهای شفاف شناسایی و بررسی بسته‌ی خدمات مشخص شود. در مورد هر خدمت نیز توانایی علمی و فنی بررسی این معیارها وجود داشته باشد. همچنین، تعریف بسته‌ی خدمات باید به دور از نفوذ سیاسی و اقتصادی

باشد و افرادی که در بحث تدوین بسته درگیر می‌شوند باید حتی‌الامکان درگیر موضوع تضاد منافع نباشند. از این‌رو، تدوین بسته باید مبتنی بر شواهد علمی متقن باشد. علاوه بر این، باید در تدوین بسته‌ی خدمات به جنبه‌های اقتصادی مداخلات توجه کرد و بر اساس مطالعات هزینه‌اثر بخشی، خدمات سلامت تحت پوشش را اولویت‌بندی نمود.

دساماندهی پژوهش

در برخی سازمان‌های خارج از وزارت بهداشت، ساختار مشخصی برای پژوهش در زمینه‌های مرتبط با پوشش همگانی سلامت وجود دارد اما در وزارت بهداشت، ساختار متمرکزی که متولی این موضوع باشد، پیش‌بینی نشده است. در سازمان‌های خارج از وزارت بهداشت (مانند سازمان‌های بیمه‌گر و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر) که ساختار مشخصی برای رهبری و مدیریت پژوهش وجود دارد و در واقع ساختار متمرکز تحقیق و توسعه آن سازمان‌ها می‌باشد، موانع شناسایی شده در بخش تولید دانش و استفاده از دانش، همگی در یک سازمان هستند (اگرچه پژوهشگران دانشگاهی، پژوهش‌ها را انجام می‌دهند ولی تولید فرایند پژوهش به عهده‌ی همان سازمان می‌باشد) اما در مورد وزارت بهداشت، موانع موجود در بخش تولید کننده‌ی دانش مرتبط با پوشش همگانی سلامت، خارج از حیطه‌ی اختیارات وزارت بهداشت می‌باشد.

شواهد نشان می‌دهند که یکی از علت‌های مهم منحل کردن ساختارهای پژوهشی چه در داخل و چه در خارج از وزارت بهداشت، دست نیافتن آن ساختارها به اهداف تعیین شده است. بنابراین، لازم است رهبری و مدیریت ساختارهای پژوهشی تازه شکل گرفته در زمینه‌ی پوشش همگانی سلامت، از همان ابتدا علاوه بر تلاش در جهت موفق شدن، میزان و نحوه‌ی موفق شدن خود را نیز اندازه‌گیری و مستند نمایند. لذا با توجه به موانع موجود، سوال مهمی که پاسخ به آن نیاز به تامل دارد این است که چه بکنیم که ساختارها و ظرفیت‌های پژوهش در سازمان‌ها، با تغییر مدیریت تغییر نکند؟

نکته‌ی بسیار مهم دیگر، توجه به این موضوع است که اگرچه توصیه‌ی جدی این است که به جای شناسایی مداخلات جدید، به افزایش پوشش مداخلات شناخته شده بپردازیم و به این ترتیب شکاف میان شواهد علمی و آنچه عمل می‌شود را پر کنیم، در مورد بعضی از مسایل مانند مطالعات مربوط به شناسایی مشکلات و بزرگی آن‌ها، مطالعات اقتصادی و مطالعات مربوط به اجرایی شدن مداخلات در کشور، باید پژوهش‌های محلی انجام دهیم. زیرا آن‌چه در کشورهای دیگر انجام شده است، پاسخگوی نیازهای ما نمی‌باشد. به منظور بهبود فرایند تولید و استفاده از پژوهش‌ها برای ارتقای پوشش همگانی سلامت، راهکارهای کلی نیز ارائه شده است. گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳ برای استفاده از پژوهش در نزدیک‌تر حرکت کردن کشورها به سمت پوشش همگانی سلامت پیشنهادهای زیر را دارد (۲۲):

اقدامات پیشنهاد شده در سطح ملی برای انجام پژوهش در زمینه‌ی پوشش همگانی سلامت:

تعیین اولویت‌های پژوهشی در حیطه‌ی پوشش همگانی سلامت

تقویت ظرفیت پژوهش

تعیین استانداردهای انجام پژوهش

ترجمان دانش به سیاست و عملکرد

اطمینان از مشارکت و درک عمومی از پژوهش

اقدامات پیشنهاد شده برای حمایت از پژوهش در زمینه پوشش همگانی سلامت در سطوح ملی و بین‌المللی:

▄▄▄ پایش پژوهش

▄▄▄ هماهنگی پژوهش و تبادل اطلاعات

▄▄▄ تامین منابع مالی برای پژوهش

▄▄▄ مدیریت و تولید پژوهش‌های سلامت

اگرچه این راهکارها مناسب و درست می‌باشند، باید در کنار راهکارهایی به کار روند که موانع شناخته شده در کشور را هدف می‌گیرند. حداقل این راهکارها می‌تواند ترویج استفاده از پژوهش، بعد از اخذ تصمیمات و انتخاب سیاست‌ها در سازمان و هدایت سازمان‌ها برای مستند نمودن و تهیه‌ی پروتکل استاندارد برای فرایند پژوهشی باشد. البته باید توجه کرد که این رویکرد ترویج تولید شواهد برای تصمیمات اخذ شده زمانی موثر خواهد بود که در سازمان‌ها سازوکاری برای اصلاح تصمیمات و سیاست‌ها بر اساس آنچه از تحقیقات به دست می‌آید وجود داشته باشد.

ه) کیفیت خدمات

کیفیت خدمات، یکی از موضوعات مرتبط با بعد پوشش خدمات است که باید به آن توجه شود. آنچه در مورد کیفیت مطرح است، این است که نه تنها تعریف این واژه دشوار است و توافق بر سر تعریف آن وجود ندارد، اندازه‌گیری و بررسی آن نیز دشوار است. از سوی دیگر، جنبه‌ی مثبت کیفیت این است که کیفیت هیچ پایانی ندارد و همواره ظرفیت برای بهبود آن وجود دارد.

در نظام سلامت ایران نیز ارتقای کیفیت خدمات همواره مدنظر سیاست‌گذاران سلامت بوده و برنامه‌های مختلفی جهت بهبود کیفیت خدمات، به خصوص خدمات بیمارستانی اجرا شده است. در ادامه، با تکیه بر اقدامات پیشین و همچنین تجربیات سایر کشورها، پیشنهادها و راهکارهایی برای ارتقای کیفیت خدمات نظام سلامت ایران ارائه می‌شوند. باید توجه داشت که بهبود و ارتقای کیفیت، باید در همه‌ی سطوح ارایه‌ی خدمات سلامت، از پیشگیری تا درمان و بازتوانی مد نظر قرار گیرد.

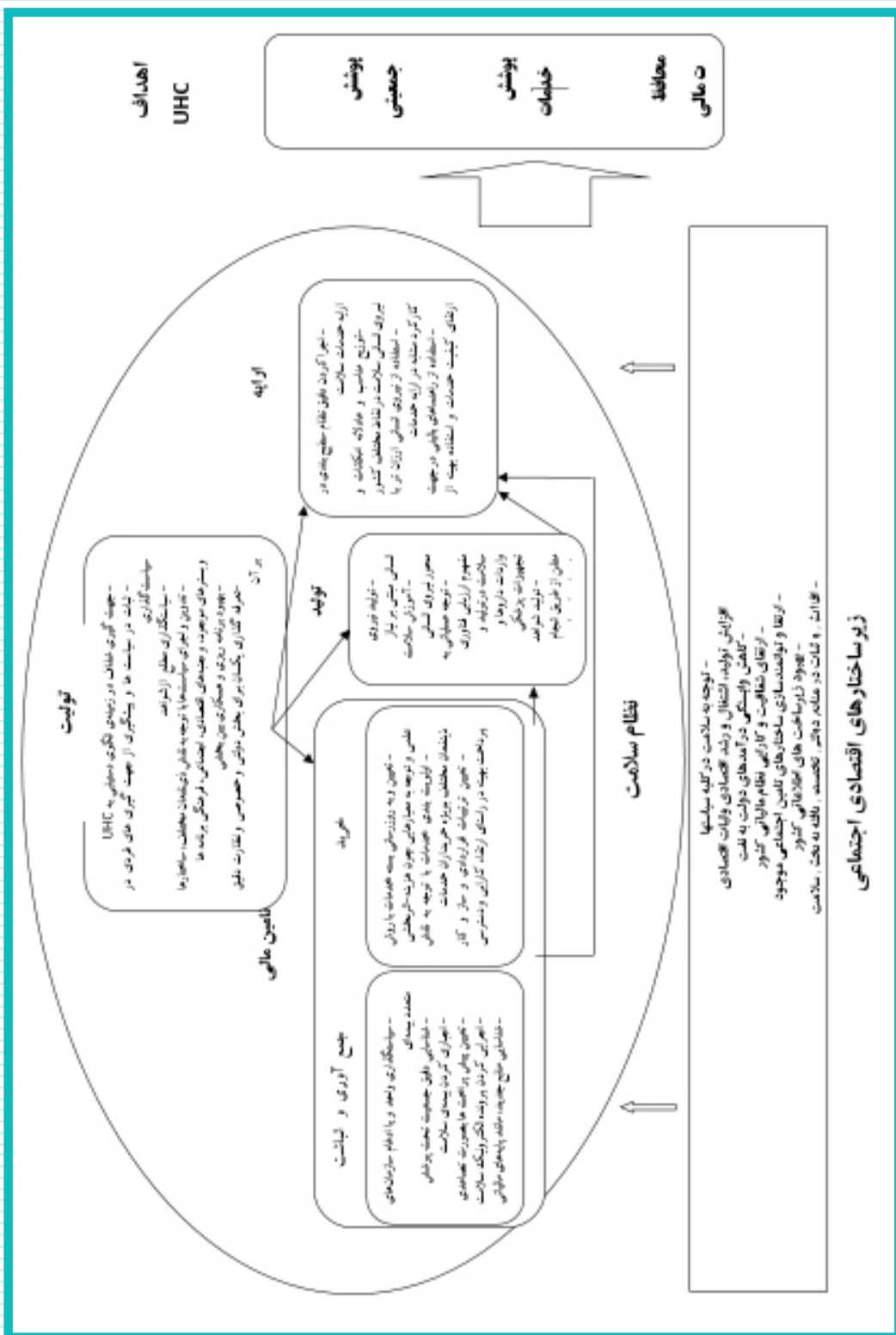
اولین قدمی که در زمینه‌ی بهبود کیفیت خدمات می‌توان پیشنهاد داد، تلاش برای تدوین شاخص‌ها و معیارهایی برای اندازه‌گیری کیفیت در سطوح مختلف ارایه‌ی خدمات سلامت است. بر اساس این شاخص‌ها می‌توان سطح استاندارد را تعیین کرد و بر پایه‌ی آن، سازمان‌های ارایه دهنده‌ی خدمات سلامت را مورد ارزیابی قرار داد. در تدوین این شاخص‌ها باید تا حد ممکن به وضعیت سازمان‌های مختلف ارایه‌دهنده‌ی خدمات سلامت توجه کرد و در صورت امکان، جهت ارزیابی، تمرکز زدایی کرد. همچنین به نظر می‌رسد اطلاع‌رسانی نتایج حاصل از ارزیابی کیفیت سازمان‌های ارایه دهنده‌ی خدمات به جامعه و سیاست‌گذاران بتواند نقش خوبی در ارتقای فرهنگ کیفیت ایفا کند.

همچنین به منظور ایجاد سازوکارهای تشویقی و تنبیهی می‌توان پرداخت به سازمان‌های ارایه دهنده‌ی خدمات را بر اساس کیفیت ارزیابی شده انجام داد. این موضوع در سیاست‌های کلی سلامت نیز در بند ۹-۷ مورد توجه قرار گرفته است و مقام معظم رهبری در این بند بر اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد تاکید کرده‌اند.

تدوین راهنماهای بالینی نیز از جمله اقداماتی است که علاوه بر محافظت مالی افراد، در زمینه‌ی کیفیت نیز می‌تواند به بهبود پوشش همگانی سلامت کمک کند. از این رو، پیش‌بینی سازوکار برای تدوین، و در ادامه، به‌روزرسانی این راهنماها باید مورد توجه قرار گیرد. تبیین کامل موضوع جایگاه کیفیت آرایه‌ی خدمات در مسیر استقرار پوشش کامل همگانی سلامت به تفصیل در فصل چهارم این گزارش مورد بررسی قرار گرفته است.

در پایان، با عنایت به نقاط ضعف و قوت و چالش‌های حوزه سلامت، اهم اقدامات مورد نیاز برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در جمهوری اسلامی ایران، با توجه به نظرات خبرگان و همچنین تجربیات سایر کشورها در شکل ۲، بعنوان الگویی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران آورده شده است.

شکل ۲. الگوی دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران



نتیجه‌گیری و پیشنهاد برای آینده

تجربه‌ی بسیاری از کشورهای در حال توسعه مانند برزیل، ترکیه، مکزیک، و رواندا نشان داده است که دستیابی به پوشش همگانی سلامت، محدود به کشورهای توسعه یافته نیست و کشورهای در حال توسعه نیز می‌توانند با برنامه‌ریزی به این هدف دست پیدا کنند. خوشبختانه در کشور ما، سازوکار برنامه شکل گرفته است و برنامه‌های توسعه تا حد مناسبی توانسته‌اند به نیاز کشور به برنامه‌های کلان پاسخ دهند و پوشش همگانی سلامت از جمله موضوعاتی می‌باشد که در برنامه‌های اخیر توسعه مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است. اما چالشی که در تدوین برنامه‌ها وجود دارد، این است که گاهی سازوکار اجرایی برنامه‌ها و برنامه‌های تفصیلی به‌خوبی پیش‌بینی نمی‌شوند. از این رو، پیشنهاد می‌شود در ارتباط با برنامه‌های مرتبط با پوشش همگانی سلامت، سازوکار عملیاتی کردن برنامه‌های کلان نیز پیش‌بینی شود. به نظر می‌رسد اهم موضوعات عمده‌ای که لازم است برای استقرار پوشش همگانی سلامت در ایران در برنامه‌ی ششم توسعه مورد توجه قرار گیرد عبارتند از:

تاکید بر تولید واحد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاکید بر سیاست‌های کلی سلامت

اصلاح نظام پرداخت و برنامه‌ریزی برای حذف نظام پرداخت کارانه

توجه به نظام یکپارچه اطلاعات سلامت

تعیین سیاست و جهت‌گیری نسبت به بیمه‌ها

همکاری‌های بین بخشی کلیه‌ی سازمان‌های ذیربط

تاکید بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

جداسازی سیاست‌گذار، ارایه‌دهنده، و خریدار خدمت

تلاش در جهت یکسان سازی تعرفه‌های دولتی و خصوصی

برنامه‌ریزی برای تعیین اولویت‌های پژوهشی و تقویت ظرفیت پژوهش

آنچه در مورد راهکارها باید مدنظر داشت این است که برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت، یک مسیر واحد وجود ندارد و روند آن تدریجی است. همان‌گونه که بحث شد در بسترها و با روش‌های مختلف می‌توان به پوشش همگانی سلامت دست یافت. اما نکته‌ی مشابه در همه‌ی این موارد، انجام اقدامات و گام‌های مورد نیاز بر پایه‌ی شواهد متقن به‌صورت همگام و در جهت بهبود همه‌ی ابعاد پوشش همگانی سلامت می‌باشد.

بر پایه‌ی تجربیات کشورهای مختلف باید بیان کرد که پوشش همگانی سلامت از طریق الگوهای تامین مالی مختلف می‌تواند به‌دست آید؛ اما نکته‌ی قابل توجه این است که تامین مالی انباشته، پیش شرط همه‌ی موارد موفق در این راه می‌باشد. همچنین اراده‌ی سیاسی جهت تحقق پوشش همگانی سلامت، نیروی اصلی و فراتر از همه‌ی اقدامات از جمله افزایش سهم مالی انباشته می‌باشد. تجربیات کشورهای دست یافته به پوشش همگانی سلامت نشان می‌دهد که نقش تامین مالی عمومی و بیمه در این کشورها پررنگ و نقش تامین مالی خصوصی و پرداخت از جیب کم رنگ بوده است.

آنچه مسلم است، اقدامات مناسب در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت با کاهش پرداخت از جیب، منجر به برقراری عدالت و کاهش فاصله بین فقیر و غنی در دسترسی به خدمات و همچنین بهبود شاخص‌های سلامت و در نتیجه گام نهادن کشور در مسیر توسعه‌ی پایدار خواهد شد.

1. Center of Statistics and Strategic Information of Ministry of Cooperatives, Labour and Social Welfare, Statistical. Special Issue of Social Security Weak, Tehran: Center of Statistics and Strategic Information Publication; 2014. (in Persian)
2. Ghesemi F. Ministry of Cooperatives, Labour and Social Welfare Statistics 2012. Tehran: Ministry of Cooperatives, Labour and Social Welfare; 2012. (in Persian)
3. Oliyaimanesh A. National Health Account Islamic Republic of Iran 2008. Tehran: Sarneveshsazan Publication; 2012. (in Persian)
4. World Health Organization. World health statistics 2014: World Health Organization; 2014.
5. Kavosi Z, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, et al. Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income society of Iran. *Health Policy and Planning* 2012;27(7):613-23.
6. Karami M, Najafi F, Karami Matin B. Catastrophic health expenditures in Kermanshah, west of Iran: magnitude and distribution. *Journal of Research in Health Sciences* 2009;9(2):36-40.
7. Amery H, Jafari A, Panahi M. Determining the Rate of Catastrophic Health Expenditure and Its Influential Factors on Families in Yazd Province. *Journal of Health Administration* 2013;16(52):51-60. (in Persian)
8. Asefzadeh S, Alijanzadeh M, Gholamalipour S, Farzaneh A. Households Encountering with Catastrophic Health Expenditures in Qazvin, Iran. *Health Information Management* 2013;10(1):1-8. (in Persian)
9. Ameri H, Vafaie H, Alizadeh H, Ghiasi A, Shmayan Razavi N, Khalfy A. Determining households exposure to Catastrophic Health Expenditure in Households of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences: 2013. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences* 2014;1(2):46-54. (in Persian)
10. Sabermahani A, Noorae-motlagh S, Vaeze Mahdavi M, Hadian M, Asadi-Lari M. Catastrophic health expenditures and its determinants among households in Tehran in 2011 , Urban HEART-2 study. *Razi Journal of Medical Sciences* 2014;21(126):15-26. (in Persian)
11. Kavosi Z, Keshtkaran A, Hayati R, Ravangard R, Khammarnia M. Household financial contribution to the health System in Shiraz, Iran in 2012. *International Journal of Health Policy and Management* 2014;3(5):243.
12. Rezapour A, Ghaderi H, Azar FE, Larijani B, Gohari MR. Effects of Health Out-of-Pocket Payment on Households in Iran; Catastrophic and Impoverishment: Population Based Study in Tehran (2012). *Life Science* 2013;10(3):1457-69.
13. Ghafoori MH, Azar FE, Arab M, Mahmoodi M, Zadeh NY, Rezapour A. The Distribution of Health Expenditures in Tehran's Districts. *Journal of Community Health Research* 2014;3(2):132-44.
14. Ghoddoosinejad J, Jannati A, Gholipour K, Baghestan EB. Households encountering with catastrophic health expenditures in Ferdows, Iran. *The Journal of the Egyptian Public Health Association* 2014;89(2):81-4.
15. Raghfar H, Atrkar-Roshan S, Atefi, M. Measurement of the Fair Financial Contribution Index and Catastrophic Expenditures in Different Regions of Iran, 1984-2010. *Hakim Research Journal* 2013;16(3):

182-91. (in Persian)

16. Razavi SM, Hassanzadeh A, Basmenji K. Fairness in financial contribution in the health system. Tehran: Andishmand publication; 2005. (in Persian)

17. Mohammad Alizadeh H, Fazaeli AA. Situation of Iran health system financing. *Journal of Social Welfare* 2003;5(19):280-300. (in Persian)

18. Mehrara M, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Health Finance Equity in Iran: an Analysis of Household Survey Data (1382-1386). *Journal of Health Administration* 2010;13(40):51-62. (in Persian)

19. Nekoeimoghadam M, Akbari-Javar M, Amiresmaili M, Baneshi M, Ganjavai S. Determining households exposure to catastrophic health expenditures and exploring its influential factors in Kerman province. *Journal of Management and Medical Informatics School* 2014; 1(2):78-85. (In Persian)

20. Moghadam MN, Bانشi M, Javar MA, Amiresmaili M, Ganjavi S. Iranian household financial protection against catastrophic health care expenditures. *Iranian Journal of Public Health* 2012;41(9):62.

21. Yousefi M. Households and Health Expenditures: Components, Dimensions and Determinants. Tehran: Tarbiat Modarres University; 2013. (in Persian)

22. Dye C, Reeder JC, Terry RF. Research for Universal Health Coverage. *Science Translational Medicine* 2013;5(199):199ed13-ed13.

23. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet* 2012;380(9845):924-32.

24. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet* 2006;368(9549):1828-41.

25. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet* 2013;382(9886):65-99.

26. Marten R, McIntyre D, Travassos C, Shishkin S, Longde W, Reddy S, et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). *The Lancet* 2014;384(9960):2164-71.

27. World Health Organization. World health report 2000: World Health Organization; 2000.

28. Rashidian A. I.R. Iran Multiple Indicator Demographic and Health Survey 2010. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2012. (in Persian)

29. Ibrahimipour H, Maleki M-R, Brown R, Gohari M, Karimi I, Dehnavieh R. A qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. *Health Policy and Planning* 2011;26(6):485-95.

30. Ibrahimipour H, Maleki M-R, Gohari M. Challenges of Sustainable Health Insurance in Iran. *Payesh* 2009;9(2):173-87. (in Persian)

31. Doshmangir L, Fakhri A. Universal Health Coverage and Policy Decision to Achieve it. Tehran: Ayande Pazuh Publications; 2014. (in Persian)

32. World Health Organization. World health report 2010: World Health Organization; 2010.
33. Wonderling D, Gruen R, Black N. Introduction to health economics: McGraw-Hill International; 2005.
34. Kutzin J. Health financing policy: a guide for decision-makers. Health financing policy paper Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2008;24.
35. Giedion U, Andrés Alfonso E, Díaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence; 2013.
36. Garrido MV, Amaro JAB, Cichietti A, Integlia D, Norderhaug IN, Valentin B, et al. Health technology assessment in Europe—overview of the producers. Health Technology Assessment and Health Policy-Making in Europe; 2008:79.
37. World Health Organization. World health report 2006: World Health Organization; 2006.
38. PrekerA, Carrin G, Dror D, Jakab M, Hsiao W, Arhin-Tenkorang D, et al. Rich-poor differences in health care financing. Health financing for poor people: Resource mobilization and risk-sharing; 2004.
39. WorldHealth Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations: World Health Organization; 2010.
40. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S, Marindi P, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. Cochrane Database Syst Rev 2009;1(1).