



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



موسسه عالی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دفتر روابط امور بین الملل

خلاصه گزارش ارزیابی سازمان جهانی بهداشت
از طرح تحول سلامت در ایران
و بررسی پیشرفت طرح برای دستیابی به
پوشش همگانی سلامت تا ۱۴۰۴



World Health
Organization

آبان ماه ۱۳۹۵

دبیرخانه دیده‌بانی نظام سلامت



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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارزیابی خارجی طرح تحول سلامت، ماموریت سازمان جهانی بهداشت

از زمان آغاز به کار رسمی طرح تحول سلامت، ارزیابی این طرح در دستور کار قرار گرفت و سازمان جهانی بهداشت چندین نوبت از ابتدای کار دولت جمهوری اسلامی ایران را در این زمینه همراهی کرده است. به طوریکه قبل از شروع به کار رسمی این طرح، این همراهی آغاز شده است و تا زمان تدوین این گزارش ادامه داشته است. مهمترین موارد به شرح زیر می‌باشد:

- اولین اقدام در این زمینه دعوت از نمایندگان ارشد وزارت بهداشت، برای حضور در اجلاس منطقه ای "تسریع حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت: تجارب جهانی و درس آموخته های منطقه مدیترانه شرقی" می‌باشد. این اقدام در آذر ماه ۱۳۹۲ انجام شد؛
- بدنبال این موضوع، دو ماموریت دیگر به منظور ارزیابی چالش‌ها و ارائه راهکارها در این زمینه به شرح زیر انجام شد:
 - حمایت از تدوین راهبردهای هزینه‌کرد برای مراقبت‌های سلامتی و تدوین نقشه راه برای پوشش همگانی سلامت در جمهوری اسلامی ایران: دستاوردهای کنونی و چشم‌انداز آتی. ماموریت سازمان جهانی بهداشت، بهمن - اسفند ۱۳۹۲؛
 - حمایت از تدوین راهبردهای ارایه خدمت تدوین و نقشه راه پوشش همگانی سلامت. ماموریت سازمان جهانی بهداشت، شهریور ۱۳۹۳؛
- به غیر از موارد مذکور، یک ارزیابی خارجی توسط سازمان جهانی بهداشت در ۱۴ ماه ابتدایی اجرای طرح تحول سلامت با نام - مرور طرح تحول سلامت در جمهوری اسلامی ایران: گزارش ارزیابی خارجی - توسط سازمان جهانی بهداشت در تیر ماه ۱۳۹۴ انجام شد. پیشنهادات این ارزیابی در مداخلاتی که در قبل ذکر شد مورد لحاظ قرار گرفت و همچنین بصیرتی در خصوص راههای ادغام اهداف طرح تحول سلامت در برنامه ششم ۵ ساله ارایه داد؛
- آخرین نوبت این ارزیابی که جامع‌ترین اقدام در این زمینه در طی این سه سال می‌باشد در طی مهر و آبان ماه سال جاری (Oct 27-16) انجام شده است. در این مجلد خلاصه این گزارش ارائه شده است.

خلاصه اجرایی

جمهوری اسلامی ایران شایستگی و تعهداتش را در حیطه مراقبت‌های اولیه سلامت به‌نحو احسن به اثبات رسانده است. به‌طوری‌که این کشور دارای سابقه بیش از سه دهه ارائه خدمات سلامتی بسیار گسترده به مردم، به‌ویژه در مناطق روستائی و برای بخش‌های فقیرنشین جامعه می‌باشد. با رشد شهرنشینی و افزایش درآمد، بخش خصوصی حوزه سلامت نیز پیشرفت‌های قابل توجهی داشته است. با گذشت زمان و با وجود چالش‌های مختلف، کشور روش‌های نوینی را در ارائه خدمات داشته است. در سال ۱۳۹۲، با روی کار آمدن دولت جدید، برنامه‌ریزی برای اجرای اصلاحات جدید را در حوزه سلامت اعلام کرد و به‌عنوان یکی از الویت‌های اصلی در دستور کار خود قرار داده است. برطبق این راهبرد، طرح تحول سلامت از اردیبهشت ماه ۱۳۹۵ به‌طور رسمی شروع به کار نمود و هدف اصلی این طرح دستیابی به پوشش همگانی سلامت تا سال ۱۴۰۴ (پنج سال زودتر از هدف- سوم (جهانی) توسعه پایدار) می‌باشد. در این گزارش، ابتدا اهداف طرح تحول سلامت و سپس مداخلات ذیل این اهداف ارائه شده است. طرح تحول سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت چه دستاوردهائی داشته است: به‌طور خلاصه در این مجلد ارائه می‌شود و سپس چالش‌های دستیابی به این هدف چیست. در نهایت چه اقداماتی براساس زمانبندی ضرورت دارد در کشور انجام شود تا تضمینی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در مهلت زمانی تعیین شده باشد. اعضای این تیم، باتفاق آراء دیدگاه مثبت در خصوص دستاوردهای طرح تحول سلامت دارند. تعهد سیاسی و تعهد مالی دولت در این زمینه قابل ستایش است. با اینحال ضرورت دارد اقداماتی برای پیشرفت مناسب طرح برای رسیدن به این هدف برنامه‌ریزی شده و منظم در کشور انجام شود. مواردی که ضرورت دارد هر چه سریعتر مورد توجه قرار گیرند شامل مشکلات حوزه بیمه سلامت، روش‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی، اشتغال دوگانه در بخش خصوصی و دولتی، بسته خدمات پایه، ارائه راهنماهای بالینی، لیست داروها و تجویز منطقی آنها و مدل‌های ارائه خدمت می‌باشد. مناسب است که روش‌های بین‌المللی در این زمینه به‌نحو مناسبی استفاده شود. در انتهای این گزارش، پیشنهادهاتی با جزییات کامل ارائه شده است اما ۵ اقدام راهبردی برای شش ماه آینده به‌عنوان مهمترین اقدامات در حوزه سلامت برای رفع چالش‌ها در انتهای ارائه شده است.

فاز بعدی طرح تحول سلامت باید به همراه اصلاحات نهادی و مدیریتی در حوزه‌های ارائه شده باشد و بدون مورد توجه قرار دادن اقدامات پیشنهادی، موفقیت طرح تحول سلامت در طولانی مدت قابل تضمین نیست.

محتوی این خلاصه شامل چیست؟

- شرح وظایف خاص مأموریت حاضر؛
- اهداف و مداخلات طرح تحول سلامت از دیدگاه گروه ارزیابی کننده؛
- دستاوردهای طرح تحول سلامت در جهت پیشرفت نظام سلامت برای دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت؛
- چالش‌های طرح و تاثیر آن در دستیابی به پوشش همگانی سلامت؛
- برنامه‌های آینده به‌منظور رخداد تحول در برنامه طرح تحول سلامت.

شرح وظایف مأموریت حاضر:

در این مأموریت به‌طور اختصاصی موارد زیر انجام شده است:

- بررسی مداخلات اجرا شده در نظام سلامت که از سال ۱۳۹۲ به‌منظور آماده‌سازی فرایند و شروع طرح تحول سلامت انجام شده بود و ارزیابی این موضوع که آیا این مداخلات نظام سلامت را در جهت دستیابی به سمت پوشش همگانی سلامت سوق داده‌اند؛
- بررسی نقادانه تمام مراحل طرح تحول سلامت و ارزیابی تمام اجزای وابسته، تا آبان ماه ۱۳۹۵؛
- انجام تحلیل روند برای بررسی مقدار پیشرفت انجام شده در فاصله سه ساله ۱۳۹۲ الی ۱۳۹۵ به‌ویژه برای موارد زیر:
 - گسترش پوشش جمعیت - دستیابی به پوشش کامل بیمه در جمعیت؛

- ارتقای پوشش خدمات پایه- جامع بودن بسته خدمات سلامتی؛
- افزایش حفاظت مالی- محدود کردن پرداخت از جیب و کاهش هزینه‌های کمرشکن و فقرزا؛
- بهبود کیفیت مراقبت‌های سلامتی- مطابق با دستورالعملها و پروتکل‌های استاندارد؛
- افزایش رضایتمندی- آنچه که توسط شهروندان، ارایه دهندگان خدمات، سیاستگذاران و گروه‌های مرجع تصور می‌شود؛
- شناسایی چالش‌هایی که طرح تحول سلامت در اجرا با آن مواجه شده است و ارایه مشاوره و راه حل و اقدامات ضروری برای کاهش این مشکلات؛ و
- مشارکت در گفت‌وگوهای سیاسی و آماده کردن یک گزارش جامع با خط مشی مستقیم و فعالیت برای آینده.
- اهداف طرح تحول سلامت:
- **هدف یک:** اطمینان از پایداری منابع مالی در حوزه سلامت- توسط: افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و منابع عمومی و همچنین تقویت بهره‌وری حوزه سلامت؛
- **هدف دو:** تقویت حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت- توسط: تضمین پوشش کامل نیازهای اولیه سلامت؛ تسهیل مشارکت عادلانه در بیمه سلامت؛ و تلاش برای ادغام صندوق‌های اصلی بیمه سلامت؛
- **هدف سه:** افزایش دسترسی به مراقبت‌های سلامتی اولیه و بیمارستانی با کیفیت مناسب، با تمرکز اصلی بر گروه‌های فقیر و حاشیه‌نشین - توسط: توسعه ارایه خدمت در مناطق حاشیه‌نشین (به‌ویژه مناطق فقیرنشین شهرها)؛ بررسی بسته خدمات کنونی برای ارائه بسته جدید براساس نیازهای سلامتی نوپدید (به ویژه: بیماری‌های غیرواگیر، سلامت روان و مشکلات تغذیه‌ای)؛ اطمینان از ارایه خدمت به‌موقع در بیمارستان‌های دولتی و تشویق ارایه دهنده خدمات برای ماندگاری در بخش دولتی؛ زمانی که اهداف فوق، یکجا ملاحظه می‌شود، دو هدف اساسی دیگر نیز برای این طرح متصور می‌شود:
- **هدف چهار:** تقویت عملکرد نظام سلامت؛

- **هدف پنج:** ارتقا استفاده عادلانه از منابع سلامت که در دسترس همگان نبوده و این افزایش رضایت مردم را همراه دارد. در واقع هدف نهایی که ذیل تمام اهداف قبلی متصور است رضایت مردم از دریافت خدمات سلامت می‌باشد.

مداخلات طرح تحول سلامت:

براساس اهداف مذکور، مجموعه‌ای از مداخلات تعیین و همزمان اقداماتی برای اجرای آنها ارائه شد. این مداخلات ذیل اهداف در ادامه ارائه می‌شود:

هدف یک: اطمینان از پایداری منابع مالی در حوزه سلامت: مداخلات عبارتند از:

- تعریف منابع مالی جدید برای حوزه سلامت؛
- انتقال منابع مالی از وزارت بهداشت به سازمان‌های بیمه‌گر برای تقویت قدرت خرید؛
- مدیریت بهینه منابع مالی برای اطمینان از انضباط مالی؛
- حمایت از داروهای تولید داخل و افزایش سهم داروهای تولید داخل از بازار دارویی.

هدف دو: افزایش حفاظت مالی در برابر تمام هزینه‌های سلامت: مداخلات عبارتند از:

- گسترش پوشش بیمه برای کل جمعیت؛
- کاهش پرداخت از جیب برای هزینه‌های سلامت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛
- جلوگیری از رخداد پرداخت‌های غیر رسمی (زیر میزی)؛
- اطمینان از حفاظت مالی افراد مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج؛
- کنترل قیمت داروها و تجهیزات پزشکی.

هدف سه: بهبود دسترسی به خدمات سلامتی با کیفیت بالا، با تمرکز

ویژه بر افراد با درآمد پایین و گروه‌های حاشیه‌نشین:

مداخلات عبارتند از:

- افزایش ارائه خدمت در مناطقی که مورد نیاز است؛
- رفع بحران و کمبود دارو و تجهیزات پزشکی؛
- افزایش نیروی انسانی شاغل و تغییر شیوه قرارداد با پرسنل بخش دولتی در حوزه سلامت؛

● بهبود آرایه خدمت در مراکز اورژانسی که ۲۴ ساعته باز هستند؛

● افزایش رضایت بیماران/مردم از خدمات در دسترس؛

● بهبود کیفیت خدمات سطح دو و سه در بخش دولتی.

موارد مذکور لیست مهمترین مداخلاتی هست که در حوزه سلامت در طی دو و نیم سال تا زمان تهیه این گزارش انجام شده است، تمام این مداخلات با هدف بهبود عملکرد نظام سلامت و ارتقا دسترسی عادلانه به سلامت با هدف افزایش هر چه بیشتر رضایت مردم از این حوزه می‌باشد، انجام شده است.

برای طرح تحول سلامت، منابع مالی متعدد در نظر گرفته شد، که شامل: درآمدزایی از محل مالیات بر ارزش افزوده و انتقال بخشی از درآمدهای دولت از محل هدفمندی یارانه به طرح تحول در حوزه سلامت، این دو منجر به افزایش ۳ میلیارد دلار در حوزه سلامت به صورت سالانه شدند. به ویژه قراردادن یک درصد نرخ مالیات بر ارزش افزوده و اختصاص ۱۰ درصد از درآمدهای دولت از محل اجرای مرحله دوم قانون هدفمندی یارانه‌ها به حوزه سلامت انتقال داده شد؛ به علاوه افزایش مشارکت در حق بیمه مازاد بر افزایش سنوای رایج از ۵ درصد به ۶ درصد از جمله منابع مالی جدید برای حوزه سلامت شد. این منجر به افزایش بودجه وزارت بهداشت تا ۳۷۸ درصد و افزایش رشد بودجه سازمان‌های بیمه سلامت تا ۶۶ درصد شد. در انتهای سال ۱۳۹۲، ۱۸۰۰۰ میلیارد ریال به طور اختصاصی برای طرح تحول سلامت اختصاص داده شد و از محل منابع خاص کسری‌ها تامین شد که این کسری‌ها عبارت بودند از ۱۸۳۶۰ میلیارد ریال برای دارو و ۲۸۰۰ میلیارد ریال برای تامین بودجه مربوط به مراقبت‌های اولیه سلامتی و خدمات بهداشت عمومی بود.

جدول شماره یک- خلاصه دستاوردهای کلیدی در اجرای مداخلات مذکور را ارائه می‌کند.

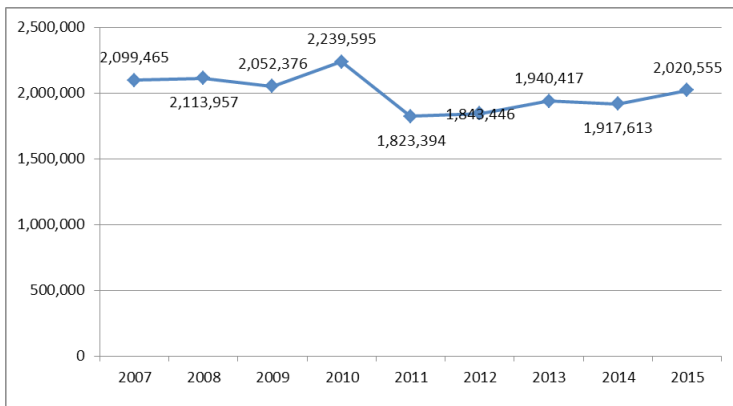
جدول ۱. خلاصه دستاوردهای کلیدی در اجرای طرح تحول سلامت

اهداف	مداخلات و اقدامات انتخابی	دستاوردها
هدف یک	<ul style="list-style-type: none"> تعریف منابع جدید مالی و افزایش منابع موجود؛ تأمین کسری و بدهی‌های قبلی بخش سلامت؛ 	<ul style="list-style-type: none"> افزایش سهم هزینه‌کرد منابع عمومی سلامت از کل سهم هزینه‌کرد منابع عمومی از ۱۲ درصد (۱۳۹۲) به ۱۹ درصد (۱۳۹۳)؛ افزایش بودجه مصوب حوزه سلامت از ۱۱,۲ درصد (۱۳۹۲) به ۱۶,۲ درصد (۱۳۹۳)
هدف دو	<ul style="list-style-type: none"> کاهش پرداختی بیماران بستری برای دارو؛ کاهش پرداختی بیماران سرپائی برای دارو؛ کاهش پرداختی افراد مبتلا به بیماری صعبالعلاج؛ کاهش فرانشیز پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی. 	<ul style="list-style-type: none"> از ۵۶ درصد (۱۳۹۲) به ۴۰ درصد (۱۳۹۴)؛ از ۵۴ درصد (۱۳۹۲) به ۱۰ درصد (۱۳۹۴)؛ از ۴۵ درصد به ۱۲ درصد (۱۳۹۴)؛ از ۳۷ درصد (۱۳۹۲) به ۱۰ درصد (۱۳۹۴).
هدف سه	<ul style="list-style-type: none"> افزایش دسترسی به دارو و تجهیزات در بیمارستان‌ها؛ تامین دارو در زنجیره تأمین بیمارستان‌های دولتی. 	<ul style="list-style-type: none"> از ۳۴۰ قلم (۱۳۹۲) به ۷۵۰ قلم (۱۳۹۳)؛ از ۲۵ درصد (۱۳۹۲) به ۳۰,۲ درصد (۱۳۹۳).
هدف چهار	ارائه نشده است.	
هدف پنج	<ul style="list-style-type: none"> شکایات ثبت شده در سامانه تعریف شده برای خدمات سرپائی. 	<ul style="list-style-type: none"> از ۵۴۳ مورد (۱۳۹۲) به ۲۹۷ مورد (۱۳۹۳).

دستاوردهای طرح تحول سلامت در جهت پیشرفت نظام سلامت برای دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت
مهمترین دستاوردهای طرح تحول سلامت در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت عبارتند از:

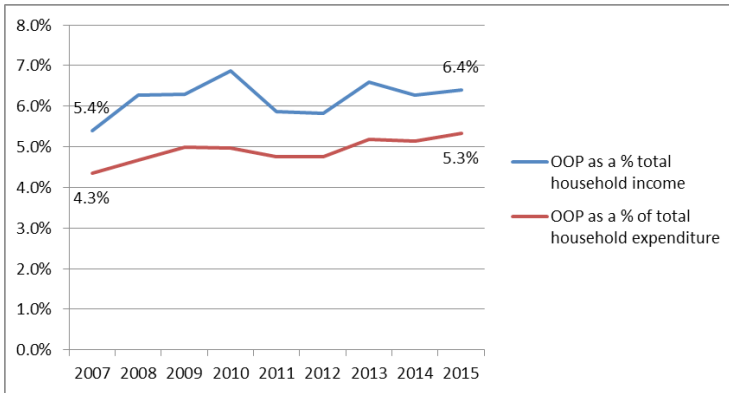
گسترش پوشش بیمه سلامت: یکی از مهمترین مداخلات طرح تحول سلامت افزایش پوشش بیمه جمعیت و بیمه نمودن افراد فاقد بیمه می‌باشد. بررسی پوشش بیمه، در ارزیابی‌های قبل از ۱۳۹۳ نشان می‌دهد که افراد بیمه نشده بیشتر از بین افراد فقیر شهرنشین و حاشیه‌نشین هستند برخی از این افراد هم جمعیت آواره و پناهنده تحت پوشش کمیساریای عالی پناهنگان هستند. براساس داده‌های مطالعه هزینه-درآمد خانوار در سال ۱۳۸۶ پوشش بیمه ۶۸ درصد می‌باشد و در سال ۱۳۹۴ این عدد به ۹۲ درصد رسیده است. داده‌های نظام‌های ثبتي سازمان بیمه سلامت ایران و تامین اجتماعی ارقام بالاتری را نشان می‌دهند. هشت درصد جمعیت بیمه نشده متعلق به هر قشر درآمدی هستند اما در بین جمعیت شهرنشین فقیر، تعداد بیمه نشده بیشتر است؛ گسترش حفاظت مالی: برای بررسی این دستاورد، روند پرداخت از جیب برای خدمات سلامت و هزینه‌های کمرشکن و فقرزا ارائه شده است.

الف- روند پرداخت مستقیم از جیب: براساس نمودار یک، در طول ۹ سال مورد بررسی، پرداخت مستقیم از جیب بازای هزینه‌های سلامت، تقریباً ۲ میلیون ریال بازای هر فرد بازای هر سال ثابت باقی مانده است (ثابت شده برای سال ۱۳۹۰).



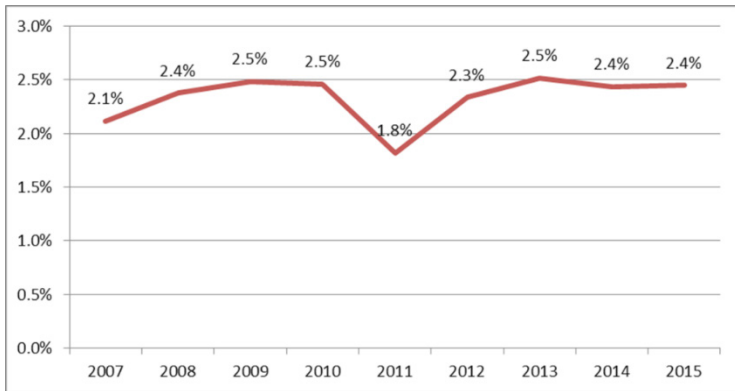
نمودار ۱. میانگین پرداخت مستقیم از جیب برای هزینه‌های سلامت از سال ۱۳۸۶ الی ۱۳۹۴ براساس نتایج مطالعه هزینه - درآمد خانوار

افزایش جزئی در پرداخت مستقیم از جیب در طول سال‌های ۱۳۹۳ به ۱۳۹۴ مشاهده می‌شود اما این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نیست و با وجود افزایش پوشش بیمه همگانی، غیر عادی تلقی نمی‌شود، به‌طور مثال این روند در چین، فیلیپین و ویتنام هم به‌طور مشابه مشاهده شد. چنین افزایش‌هایی می‌تواند متناسب به افزایش تقاضای القایی، انگیزه ارائه دهنده خدمت برای سوق به استفاده بیشتر از خدمات (برای مثال پرداخت بازای خدمت)، نبود بسته خدمات، افزایش در بهره‌مندی از خدمت، ضعف نظام ارجاع و پرداخت برای صورت حساب‌های دیگر و سایر عوامل باشد. در نمودار شماره دو سرانه پرداخت مستقیم از جیب مرتبط با درآمد و هزینه‌ها نشان می‌دهد که این پرداخت‌ها در فاصله سال‌های ۱۳۸۶ الی ۱۳۹۴ افزایش داشته است. در مقایسه با سایر شاخص‌های هزینه - درآمد خانوار، افزایش این شاخص احتمالاً بدلیل تاثیر منفی تحریم‌های اقتصادی، کاهش قیمت نفت و بحران اقتصادی جهانی در سال ۱۳۸۷ می‌باشد.

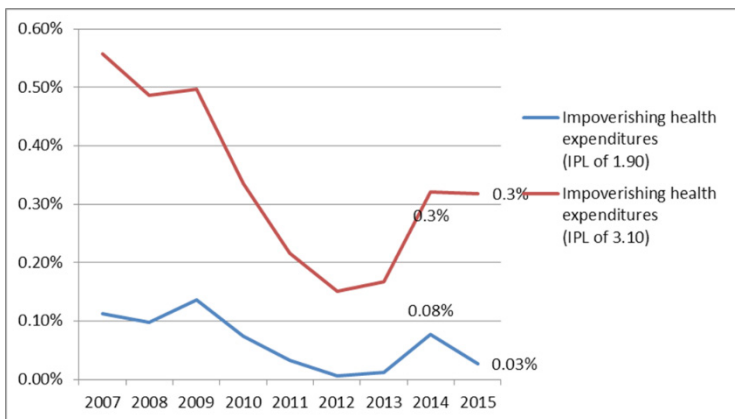


نمودار ۲. پرداخت مستقیم از جیب از درآمد و هزینه‌های خانوار از سال ۱۳۸۶ الی ۱۳۹۴
براساس نتایج مطالعه هزینه-درآمد خانوار

ب- روند هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت: نمودار شماره سه نشان می‌دهد که هزینه‌های کمرشکن در طی دو سال گذشته در رنجی بین ۱,۸ الی ۲,۴ درصد ثابت باقی مانده است. در مورد هزینه‌های فقرزا، نسبت جمعیت فقیر شده مرتبط با پرداخت مستقیم از جیب برای هزینه‌های سلامتی در فاصله سال‌های ۱۳۸۶ الی ۱۳۹۲ به طور کلی کاهش یافته است و سپس در فاصله سال‌های ۱۳۹۱ الی ۱۳۹۳ افزایش یافته و ظاهراً در طول سال‌های اخیر در حال تثبیت یافتن است. شکل چهار این موضوع را نمایش می‌دهد.



نمودار ۳. هزینه‌های کمرشکن سلامت از سال ۱۳۸۶ الی ۱۳۹۴ براساس نتایج مطالعه هزینه‌درآمد خانوار



نمودار ۴. هزینه‌های فقرزای سلامت از سال ۱۳۸۶ الی ۱۳۹۴ براساس نتایج مطالعه هزینه‌درآمد خانوار

بهبود دسترسی به خدمات: تا زمان اجرای مداخلات تحت طرح تحول سلامت، ارائه خدمات سلامتی، در مناطق شهری همچنان به عنوان یک چالش نظام سلامت باقی بود. از سال ۱۳۹۲، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۹۱۶ پایگاه سلامتی فقط در مناطق حاشیه‌نشین مستقر کرده است که ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش دارند و تیم چند نفره از مراقبین سلامت، برای این جمعیت ارائه خدمت می‌کنند. این اقدام دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامتی را برای این خدمات به طور خاص بهبود داده است: مراقبت مادر و کودک، شامل واکسیناسیون و خدمات تغذیه‌ای، غربالگری برای بیماری‌های غیرواگیر و سلامت روان، درمان بیماری‌های ساده، بهداشت مدارس، و پیشگیری از بیماری‌های واگیر و عفونی.

پایگاه‌های سلامتی همچنین از حمایت‌های خانم‌هایی که داوطلبانه در برنامه‌های بهداشتی مشارکت می‌کنند، برخوردارند و این می‌تواند متضمن تداوم مراقبت‌ها در سطح خانوارها باشد. در ادامه برخی دستاوردهای ارائه خدمات بدنبال اجرای طرح تحول سلامت ارائه می‌شود:

الف- برنامه‌های اجرا شده به عنوان مدل‌های پزشک خانواده دستاوردهایی داشته است، این دستاوردها عبارتند از:

- ارائه فعالانه خدمات سلامت در مناطق شهری از طریق استقرار ۱۲۸۳ پایگاه سلامتی (شامل ۳۲۰ مورد در مناطق حاشیه شهر) و ارائه خدمت از طریق عقد قرارداد با کارکنان سلامتی؛
 - بررسی مجدد نقش و سپس افزایش دامنه عملکرد ۹۰۹ مرکز بهداشتی شهری در مراکز جامع ارائه خدمات سلامت؛
 - تقویت مدیریت الکترونیک اطلاعات سلامت در بیمارستان‌های دولتی، کلینیک‌های ویژه، مراکز ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت و اغلب مراکز بهداشتی.
- ب- تجدید ساختار مدیریت و مراقبت بیمارستانی: از زمان شروع به اجرای اقدامات طرح تحول سلامت، تعداد کارکنان حوزه سلامت در بیمارستان‌ها افزایش یافته است. به طوری که در نواحی محروم در حدود ۶۵۰۰ نفر متخصص و ۱۷۰۰۰ پرستار و تکنسین افزوده شده است. تعداد تخت بیمارستانی بازای جمعیت از ۱۵ به ۱۷ تخت بازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت افزایش پیدا کرده است. در بسیاری از بیمارستان‌ها مراکز تشخیص و

درمان و مراقبت از سرطان احداث شده است. مطابق بازدیدی که از بیمارستان‌ها انجام شد و ملاقات‌هایی که با مسئولین ملی در زمینه طرح تحول سلامت صورت گرفت، پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌ها مستقر شده‌اند و دسترسی به دارو و تجهیزات در داخل بیمارستان‌ها بهبود یافته است. فراوانی نسبی انجام سزارین در سطح کشور از ۵۶ درصد به ۴۹ درصد کاهش پیدا کرده است و این به دلیل بکارگیری مکانیزمهای متعدد می‌باشد.

ج- عقد قرارداد و برونسپاری خدمات: احداث ۹۶۳ مرکز جامع ارائه خدمات سلامت (که هر کدام ۳۷,۵۰۰ نفر توسط تیم پزشک عمومی، مراقب سلامت، دندانپزشک، روانشناس، کارشناس خدمات تغذیه و ... اداره می‌شود) و در حدود ۱۷ هزار شغل برای مراقبین سلامت در طی سه سال گذشته ایجاد شده است (کارشناس تغذیه، روانشناس بالینی، کارشناس بهداشت عمومی و پرستار). سازمان بیمه سلامت ایران نوع خاصی از بیمه پزشک خانواده ایجاد کرده است که به طور مجازی صندوق بیمه‌ای که دو استان فارس و مازندران را حمایت می‌کند. باید این موضوع مورد توجه قرار گیرد که در این دو استان اجرای برنامه از طریق عقد قرار با بخش خصوصی و برونسپاری آن انجام می‌شود. برنامه مشابیهی در استان آذربایجان شرقی تعریف شده است و این برنامه با مشارکت بخش خصوصی انجام می‌شود و نظارت آن را دانشگاه علوم پزشکی بر عهده دارد. نظام ارجاع (از پزشک خانواده به متخصص) و پرداخت به پزشکان متخصص بخشی از این قرارداد می‌باشد. ۲۵ درصد از سهم کلی قرارداد در صورتی پرداخت می‌شود که ارائه دهنده بخش خصوصی شاخص‌های مربوط به کیفیت خدمات را رعایت کرده باشد. تمام پایگاه‌های سلامتی براساس دستورالعمل‌های وزارت بهداشت اما توسط سمن‌ها/بخش خصوصی از طریق عقد قرارداد با معاونت بهداشتی اداره میشوند. ذکر این نکته حائز اهمیت است که پرداخت کارکنان سلامت در این پایگاه‌ها و مراکز جامع خدمات شهری مبتنی بر عملکرد می‌باشد. در این طرح، هزینه‌های اجرایی و حقوق کارکنان از طریق سرانه‌های که از وزارت بهداشت از طریق حق بیمه پرداخت می‌شود، تامین می‌شود (۵ دلار آمریکا بازای هر مراقبت پیشگیری که انجام می‌شود). با توجه به این موضوع که ۹۰ درصد از مردم تحت پوشش یکی از بیمه‌های درمانی هستند و تمام مراقبت‌ها براساس نقش و قوانین بیمه هست.

د- ادغام مراقبت از بیماری‌های غیرواگیر و چند برنامه دیگر: برای جلوگیری از افزایش بار ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، دولت گام‌های زیادی برای

ایجاد ساختار مناسب، برنامه‌ریزی و مداخلات لازم برای افزایش تداوم پیشگیری و مراقبت، الویت‌بندی مداخلات دارای بالاترین هزینه هم در سطح جمعیتی (پیشگیری) و هم در سطح افراد (مراقبت سلامت)، توسط سازمان جهانی بهداشت براساس تعهدات ملی مطابق سند بیماری‌های غیرواگیر ارائه داده است. اجرای پایلوت این برنامه جدید از فروردین ۱۳۹۵ در ۴ منطقه کشوری آغاز شده است: شهررضا (استان اصفهان)، مراغه (استان آذربایجان شرقی)، نقده (استان آذربایجان غربی) و بافت (استان کرمان). دورنمای این برنامه این است که بعد ارزیابی مداخلات، این برنامه در کل کشور اجرا شود. ایران برای بسته خدمات ضروری بیماری‌های غیرواگیر (پن)، برنامه‌ریزی و اقدامات لازم را انجام داده است و این بسته برای تشخیص زودرس و مدیریت بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط انتخاب شده است، این موارد عبارتند از:

- ارزیابی خطر بیماری‌های قلبی و درمان این بیماریها براساس رویکرد کلی ارزیابی خطر سازمان جهانی بهداشت (مراقبت‌های ادغام یافته دیابت، فشارخون و دیسلیپیدمی)؛

- تشخیص و درمان آسم؛

- تشخیص زودرس و غربالگری سه سرطان: پستان، رحم و کلورکتال؛

- ارزیابی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر و درمان آنها: رژیم ناسالم، مصرف الکل، کشیدن سیگار و فعالیت فیزیکی؛

این بسته از طریق یک تیم با مسئولیتهای متفاوت ارائه می‌شود و اعضای تیم عبارتند از: بهورز، ماما و توسط پزشک عمومی/خانواده نظارت می‌شود.

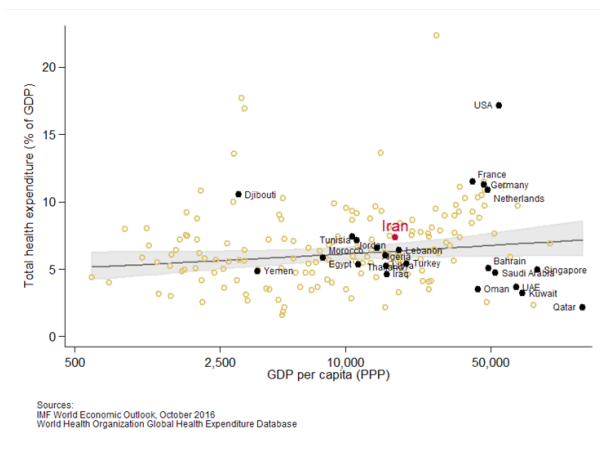
بهبود کیفیت مراقبت‌ها: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کارگروهی را برای ارزیابی ۳۴ شاخص سازمان جهانی بهداشت برای کیفیت مراقبت‌ها در سطح اول تشکیل داده و این بررسی کیفیت مراقبت‌ها را در مراکز ارائه خدمات اولیه ارزیابی می‌کند. همچنین ۱۳ شاخص برای پایش بهبود کیفیت مداخلات در سطوح اول، دوم و سوم مراقبت‌ها تعیین شد و در چهار بخش بررسی شد. از طریق حمایت فنی سازمان جهانی بهداشت یک کارگاه برای ظرفیت‌سازی کیفیت و ایمنی بیمار در سال ۱۳۹۵ اجرا شد و همچنین یک کارگاه ملی در آبان ماه ۱۳۹۵ برای اعتباربخشی مراکز ارائه خدمات سلامتی توسط سازمان جهانی بهداشت حمایت و اجرا شد.

چالش‌های طرح و تاثیر آن در دستیابی به پوشش همگانی سلامت

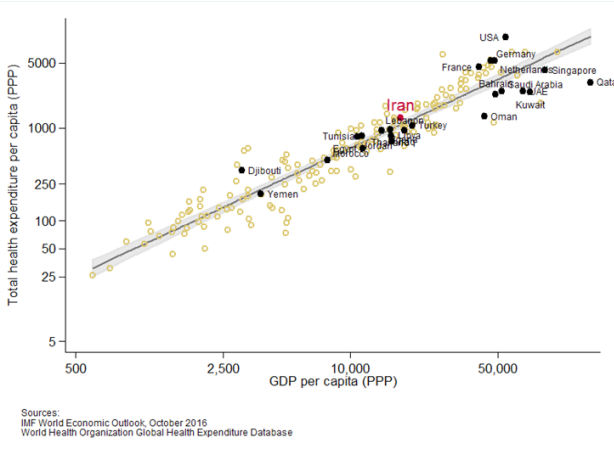
الف- پایداری منابع مالی

سهام حوزه سلامت از منابع مالی در طی اجرای طرح تحول سلامت افزایش یافته است. موضوع مهم این است که آیا این افزایش پایدار خواهد ماند؟ با توجه به تحولات و رکودهای اقتصادی، این سوال مهم لازم است با توجه به رویدادهای اقتصادی و سیاست‌های اقتصادی پاسخ داده شود، در این بخش چالش‌های پیش‌رو براساس تحلیل فضای بودجه‌ای^۱، ارائه می‌شود.

بررسی حساب‌های ملی سلامت نشانگر افزایش سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی از ۳۶ درصد به ۹,۱ درصد رسیده است. این سهم نسبت به کشورهای با تولید ناخالص داخلی مشابه، متوسط تلقی می‌شود. در شکل یک هزینه‌های کلی سلامت در مقایسه با سایر کشورها ارائه شده است.



سهم از تولید ناخالص داخلی (۱۳۹۳)



بر اساس سرانه (۱۳۹۳)

شکل ۱. هزینه‌های کلی سلامت در ایران در مقایسه با سایر کشورها (سه‌م از تولید ناخالص داخلی و براساس سرانه)

افزایش سهم هزینه‌های سلامت، هم مرتبط با هزینه‌های صرف شده در بخش دولتی و هم هم در بخش خصوصی می‌باشد، در سال ۱۳۸۵ بدلیل برنامه بیمه همگانی روستائیان و در سال ۱۳۹۳ بدلیل اجرای برنامه طرح تحول سلامت بوده است. در افزایش این سهم، مشارکت بخش عمومی در رنجی بین ۱۰٫۸ تا ۲۳٫۶ درصد قرار دارد. تزریق منابع مالی در نظام سلامت، سهم هزینه‌های سلامت را از پرداخت مستقیم از جیب از ۶۸٫۲ درصد در سال ۱۳۸۹ به ۳۹٫۶ درصد در سال ۱۳۹۴ کاهش داده است. مقایسه با سایر کشورها، این عدد از آستانه اعلامی برای این سهم همچنان بالاتر است. با وجود تغییر واضح در سهم هزینه‌های سلامت از منبع مستقیم پرداخت از جیب، اما این رقم با برنامه‌های جهانی اعلامی جهت اطمینان از حفاظت مالی فاصله دارد.

چشم‌انداز اقتصاد کلان: کشور ایران در مقایسه با کشورهای منطقه اقتصاد متنوع‌تری دارد و چشم‌انداز اقتصاد کلان تاحدودی مناسب‌ترست. رشد اقتصادی بین ۴ الی ۴٫۵ درصد برای فاصله سال‌های ۱۳۹۵ الی ۱۴۰۰ پیش‌بینی می‌شود. درصد توازن بودجه‌ای اولیه و کلی اگرچه منفی است، اما در حال بهبود می‌باشد و پیش‌بینی می‌شود

کسری توازن اولیه تا سال ۱۴۰۰ از بین برود. کسری ناخالص و خالص دولت عمومی به تولید ناخالص داخلی به ترتیب ۱۲٫۵ درصد و منفی ۴ درصد است، در سال ۱۴۰۰ از سطح منطقه و بین‌المللی پایین‌تر خواهد بود. تورم در حال حاضر به طور قابل توجهی کاهش یافته است و پیش‌بینی می‌شود در حدود ۶ درصد باقی بماند. پیش‌بینی می‌شود تولیدات غیر نفتی به اندازه تولیدات نفتی، عامل اصلی رشد اقتصادی خواهد بود و کمک به منفک شدن اقتصاد از ناپایداری بازار جهانی نفت خواهد شد. سناریو با خوشبینی کمتر این است که هنوز کشور با چالش‌های اقتصادی مهمی روبرو است.

عوامل اصلی در هزینه‌های سلامت: چه عواملی مهمترین دلایل هزینه‌های سلامت در سطح کلان هستند؟ در آینده چه عواملی به این موارد افزوده خواهد شد؟ فناوری‌های جدید حوزه سلامت، تغییرات جمعیتی، عوامل موثری در هزینه‌های حوزه سلامت در آینده هستند. رشد مخارج سلامتی عامل ۴۲ درصد هزینه‌ها، تغییرات جمعیت با سهم ۱۲ درصد و فناوریهای سلامت با سهم ۴۶ درصد عوامل دیگر هستند. اثر خالص تغییرات جمعیتی در سال ۱۳۹۳ را می‌توان بر هزینه‌های سلامت مشخص نمود و این تخمین مبنای محاسبه برای پیش‌بینی هزینه‌ها در سال‌های آتی قرار داد. انجام این آنالیز نشانگر این موضوع هست که در صورتی که همه چیز ثابت و بدون تغییر باشد هزینه‌های سلامت ۳۳ درصد در سال‌های آتی نسبت به سال پایه (۱۳۹۳) بالاتر خواهد بود (۱۲ درصد مرتبط با رشد جمعیت، ۲۱ درصد تغییرات در توزیع جنسی - سنی جمعیت). براساس تخمین صندوق بین‌المللی پول، هزینه‌های بخش عمومی سلامت ۱٫۱ درصد در سال ۱۴۰۹ شمسی (۲۰۳۰ میلادی) نسبت به سال ۱۳۹۴ (۲۰۱۵ میلادی) بالاتر خواهد بود. در این بررسی پیش‌بینی هزینه‌های سلامت در آینده براساس آنالیزهای اخیر حساب‌های ملی سلامت و روند رشد تولید ناخالص داخلی انجام شده است. الاستیسیته هزینه‌های کلی و عمومی سلامت در ارتباط با تولید ناخالص داخلی سال‌های ۱۳۸۶ الی ۱۳۹۴ براساس داده‌های اولیه منتج از حساب‌های ملی سلامت پیشنهاد می‌کند که: ۱. هزینه‌های کلی سلامت، رشد سالانه ۲۰ درصد بالاتر از تولید ناخالص داخلی دارند (الاستیسیته ۱٫۲)؛ و ۲- و هزینه‌های عمومی سلامت رشد سالانه ۲۸ درصد رشد بالاتر نسبت به تولید ناخالص داخلی دارند (الاستیسیته ۱٫۲۸). اگر این روند تا سال ۱۴۰۹ (۲۰۳۰ میلادی) همچنان باقی بماند، هزینه‌های کلی سلامت باید ۱۰٫۳ درصد تولید ناخالص داخلی باشد (در مقایسه با ۹٫۱

درصد در سال ۱۳۹۴) و هزینه‌های عمومی سلامت باید ۵,۵ درصد باشد (در مقایسه با ۴,۶ درصد در سال ۱۳۹۴). این افزایش قابل توجه این سوال مهم را در مورد پایداری هزینه‌های کنونی سلامت در اذهان پدید می‌آورد که اگر روند همین‌گونه ادامه یابد در مقابل در دسترس بودن فضای بودجه‌ای و حضور روزافزون سایر الویت‌ها، هزینه‌های سلامت در فاصله سال‌های ۱۳۸۱ الی ۱۳۹۴ نسبت به سایر هزینه‌های دولت، ۶۵ درصد رشد بیشتری داشته است (الاستیسیته ۱,۶۵ درصد). با وجودی که این پیش‌بینی‌ها تا حدودی آینده هزینه‌های حوزه سلامت را آشکار می‌کند اما ضروری است که برای تخمین مناسب، کارائی نظام پایه مد نظر قرار بگیرد.

تحلیل‌های آتی برای فضای بودجه‌ای در ایران مشکل است، حقیقت این است که هیچ استاندارد عملیاتی مشخص برای اینکه کشور چقدر باید برای سلامت هزینه کند وجود ندارد. آنچه که به طور واقعی هزینه‌ها را تعیین خواهد کرد، عوامل جمعیتی، اپیدمیولوژیکی، جغرافیایی، اقتصادی و ترجیحات عمومی برای سلامت در مقابل کالاها و خدمات، نهادها و سیاست‌ها می‌باشد. یک روش برای ارزیابی هزینه‌های سلامتی کشورها، عملکردها در سطح ورودی و پیامد می‌باشد. براساس داده‌های مطالعه حساب‌های ملی سلامت، سازمان جهانی بهداشت، اگر درآمدها ثابت نگه داشته می‌شود عملکرد ایران به شرح زیر خواهد بود:

- پیامدهای سلامتی عموماً بهتر یا مشابه کشورهای با درآمد-هزینه‌های مشابه برای سلامتی هستند؛

- تعداد تخت‌های بیمارستانی و پزشک بازای جمعیت در ایران پائین است؛

- هزینه‌های کلی، عمومی و خصوصی سلامت به عنوان سهمی از تولید ناخالص داخلی و همچنین براساس سرانه به طور کلی متوسط (عمومی) یا مختصری بالاتر از (کلی، خصوصی و پرداخت مستقیم از جیب) مقادیر بین‌المللی است؛

- سهم دولت عمومی از هزینه‌های سلامت پایین است و سهم بخش خصوصی و پرداخت مستقیم از جیب در مقایسه با سطوح بین‌المللی بالاتر است؛

- در مقایسه با بقیه کشورها، در کشور ایران حوزه سلامت در الویت بالای بودجه‌ای قرار داده شده است.

- در حالی که این اطلاعات به طور کلی یک تصویر مطلوب را ارائه می‌کند، ناکارآمدی

مهمی در نظام پایه وجود دارد که منجر به رخداد این موارد خواهد شد:

- تمرکز اصلاحات بر مراقبت‌های درمانی پر هزینه در مقایسه با مراقبت‌های اولیه و پیشگیری؛
 - افزایش در عرضه و دسترسی به خدمات؛
 - تقاضای القایی ناشی از پرداخت برای خدمت؛
 - افزایش استفاده از خدمات به دلیل نبود ناظر موثر و نظام ارجاع مناسب؛
 - بسته خدمات پایه گسترده با معیارهای خروج پایین، کاهش مشارکت در قیمت، و آزادی وسیع و غیر محدود در انتخاب ارائه دهنده خدمت؛
 - افزایش هزینه‌های اداری و نابرابری بالقوه در نتیجه سطوح بالای گسستگی در صندوق‌های بیمه سلامت دولتی.
- فضای بودجه‌ای سلامت در آینده: برای در دسترس بودن فضای بودجه‌ای در آینده آنچه که از تحلیل‌ها بدست می‌آید احتمالاً ضرورت دارد بر اقداماتی که کارایی نظام سلامت را افزایش می‌دهد تمرکز کرد. مواردی که قادر به ایجاد فضای بودجه‌ای در این حوزه خواهند بود عبارتند از: رشد و افزایش درآمدهای دولت افزایش بدهیها، سطح بالای کمکهای خارجی، در الویت قرار گرفتن برخی از حوزه‌ها نسبت به سایر حوزه‌ها، افزایش کارایی هزینه‌های موجود، نرخ سود ارز^۲.

ب- تولیت و مدیریت بیمه سلامت

- دو سازمان اصلی بیمه سلامت، هر دو وابسته به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مسئول هستند: سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تأمین اجتماعی - و ۷۵ درصد جمعیت را تحت پوشش قرار میدهند و در حدود ۵۰ درصد هزینه‌های مربوط به سلامت را در برمی‌گیرند. سازمان بیمه سلامت در سال ۱۳۷۴ تحت ماده خدمات پزشکی عمومی تشکیل شد و سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۳۵ (۱۹۵۷ میلادی) تحت قانون تأمین اجتماعی تشکیل شد. بعلاوه، دو نوع دیگر بیمه شامل بیمه کمیته امداد خمینی و بیمه نیروهای مسلح که پاسخگو برای پوشش بیمه

گروه‌های خاص نظامی و گروه اقتصادی - اجتماعی خاص هستند نیز وجود دارد.

● نقش شورای عالی بیمه سلامت: تمام سیاست‌های اصلی بیمه، شامل: پوشش جمعیت، تعریف بسته خدمات، تعرفه‌ها و مکانیزم‌های پرداخت توسط شورای عالی بیمه هدایت میشوند. شورای عالی بیمه بدنه اصلی تصمیمگیری برای سیاست‌های مرتبط به چهار نوع بیمه اصلی است. در این زمینه، شورای عالی بیمه مسئول سیاست‌های مرتبط با مدیریت هزینه‌ها، افزایش عملکرد ارائه دهندگان خدمات و افزایش کارایی و کیفیت ارائه خدمت است. این شورا ۱۲ نفر عضو دارد که ریاست آن را وزیر رفاه (که تحت این وزارتخانه بیمه تامین اجتماعی و بیمه سلامت ایران قرار دارد)، تشکیل می‌دهد. ۱۲ عضو آن شامل، وزیر بهداشت، وزیر اقتصاد، وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی، معاون برنامه و بودجه، رییس سازمان پزشکی قانونی کشور، رییس سازمان تامین اجتماعی، ریاست سازمان بیمه سلامت ایران، کمیته امداد، نیروهای مسلح، معاون رفاه اجتماعی، و در نهایت عضو کمیسیون بهداشت از مجلس، و یک عضو کمیسیون بودجه و حساسرسی از مجلس.

● مأموریت اصلی شورای عالی بیمه تلاش برای دستیابی عادلانه به بیمه همگانی سلامت، کاهش پرداخت از جیب برای هزینه‌های سلامت، الحاق داروها و فناوری سلامت در بسته خدمات می‌باشد.

● گسستگی سازمان‌های بیمه: در میان چالش‌های اصلی که پوشش بیمه سلامت در ایران با آن مواجه است گسستگی در ادغام، که منجر به ناکارآمدی در منابع سلامت و نابرابری در پوشش سلامت می‌شود - به دلیل اینکه اعضای صندوق‌ها مزایای متفاوتی از بیمه می‌برند. موضوع ادغام ساختاری بیمه تامین اجتماعی و بیمه سلامت ایران در قالب یک خریدار واحد مورد مناقشه است، اما تا این تاریخ هنوز تغییر سیاست مشخصی مشاهده نمی‌شود. ادغام سازمانی اغلب یک فرایند مشکل و بزرگ بوده و اگرچه سوابق این موضوع در ترکیه وجود دارد. شایان ذکر است درآمد سازمان تامین اجتماعی با کاهش برخی از منابع در طول سال ۱۳۹۴ ثابت مانده است؛ این در حالی است که هزینه‌ها بدنبال اجرای طرح تحول سلامت به شدت در حال افزایش است. برخی از علل این موضوع عبارتند از: بسته خدمات گسترده (تعداد داروهای تحت پوشش بنا به گزارشات از ۲۷۰ قلم به ۴۳۶ قلم در

حوزه مراقبت‌های اولیه بهداشتی بعد از اجرای طرح تحول سلامت رسیده است)، افزایش درآمد پزشکان، افزایش تعرفه‌های پرداخت برای خدمات پزشکی.

● خرید راهبردی: در جهت خرید و بهبود پوشش موثر عواملی مورد نیاز است. در ابتدا نیاز به رویکرد سازمانی منسجم برای خرید خدمات براساس یک دورنمای واضح راهبردی و بیانیه صریح سیاستی وجود دارد. در حالت دوم برای از میان بردن بیعدالتی و رویکرد متناقض به خریدی که اغلب در نتیجه حضور انواع متعدد پوشش‌های بیمه که از نظر عملکردی مستقل از هم هستند، نیاز است. قوانین ضروری و مقررات دولتی لازم است در این زمینه وضع شوند؛ و لازم است مسئولیت مالی خریدار افزایش داده شود؛ به این معنی که نیاز است با یک بودجه معتبر و مستحکم به منظور داشتن انگیزه برای مذاکره در زمینه قیمت پایینتر و بازده بیشتر از ارایه دهنده خدمت باشند. در زمانی که خریدار خدمت از وزارت بهداشت جدا باشد و خصوصا در زمانی که متعلق به سایر وزارتخانه‌ها باشد، همانند مثال ایران، نیاز به مسیر روشن مسئولیت‌پذیری و هماهنگی موثر برای انسجام سیاست‌های مرتبط حیاتی است. آنچه که روشن است برای اینکه خرید خدمت به پوشش موثر تبدیل شود نیاز به یک رویکرد منسجم و مداوم سازمانی برای خرید خدمات از طریق نظام سلامت است، که شامل مواردی از قبیل مزایا، فرانشیز، پرداخت به ارائه دهنده خدمت مطابق افزایش دسترسی، کیفیت، برابری، حفاظت مالی، و تعهدات بیمار از قبیل استفاده از نظام ارجاع دارد. در حال حاضر، خدمات سلامتی که خریداری شده‌اند تقریباً مسیر غیر فعال را طی کرده‌اند. هم سازمان بیمه سلامت و هم سازمان تامین اجتماعی در حال حاضر قدرت کافی برای تغییر رفتار ارایه دهنده خدمت ندارند و یا ابزار ضروری برای کنترل هزینه‌ها را ندارند. بدنبال اجرای طرح تحول سلامت، شورای عالی بیمه تعرفه‌ها را تا ۴۷ درصد در طول دو سال افزایش داد، که به طوری که پرداخت به ارائه دهنده خدمت به طور چشمگیری افزایش پیدا کرده است، بدون اینکه درآمد همزمان برای مواردی که تحت پوشش قرار گرفته‌اند، افزایش پیدا کند.

● روش‌های پرداخت به ارائه دهنده خدمت: روش‌های موجود پرداخت به ارائه کننده خدمت منجر به روند رو به رشد هزینه‌های سلامت شده است. در حالی که این افزایش پرداخت‌ها در حضور نظام ارجاع ضعیف، نبود راهنماهای بالینی، عدم وجود

نظام پایش عملکرد و غیره. روش‌های پرداخت کنونی نیاز به اصلاح دارد و لازم است براساس شرایط موجود به سمت پرداخت‌های مناسب پیش برده شود.

ج- مسائل موجود در نظام ارائه خدمات

چالش فراگیری که ارائه خدمات با آن مواجه است این است که با وجود تجارب بسیار و پایلوت برای اجرای اصلاحات، هنوز اجماع کلی برای مدل مناسب ارائه خدمت در مناطق شهری وجود ندارد. امروزه نظام سلامت ایران طیف وسیعی خدمات سطح یک، دو و سه را هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی برای جمعیت شهری و روستایی ارائه می‌کند. با وجود این همچنان تعدادی چالش و مشکل در ارائه خدمات وجود دارد که میتوان به پنج دسته تقسیم کرد:

۱. اهمیت مراقبت‌های اولیه در حضور مراقبت‌های ثانویه و ثالثیه؛ ۲. گسترش برنامه پزشک خانواده؛ ۳-مدیریت و مراقبت بیمارستانی و نظام ارجاع خدمات؛ ۴-بسته خدمات سلامتی؛ ۵- کیفیت خدمات و ایمنی بیمار.

برنامه های آینده به منظور رخداد تحول در برنامه طرح تحول سلامت

ایران به طور گسترده در زمینه دستاوردهای مراقبت‌های اولیه سلامتی حتی قبل از معرفی طرح تحول سلامت، شناخته شده است. گسترش تدریجی حفاظت مالی در سطح جمعیت با افزایش پوشش بیمه از ۶۸ درصد در سال ۱۳۸۶ به ۹۲ درصد در سال ۱۳۹۴ اتفاق است. این دستاورد کوچکی نیست و یک نشانگر قدرتمندی برای آشکار کردن تعهد سیاسی پایدار دولت در زمینه ارائه خدمات سلامتی به مردم بدون مواجهه با سختی مالی است. در زمان معرفی طرح تحول سلامت، در سال ۱۳۹۳ که در واقع یک حرکت تاریخی تلقی می‌شود، درصد پوشش بیمه ۹ درصد افزایش یافته است و به این معنی که شش میلیون نفر بدون بیمه، تحت پوشش قرار گرفتند و طی یکسال پوشش بیمه از ۸۳ درصد در سال ۱۳۹۳ به ۹۲ درصد در سال ۱۳۹۴ رسید. این درصد بالاترین پوشش برای خدمات سلامتی در طول تاریخ نظام سلامت در کشور تلقی می‌شود. تخصیص گسترده منابع مالی برای حوزه سلامت و تمرکز بر افراد فقیر بویژه افراد فقیر ساکن شهرها یک موفقیت بزرگ است. اعضا این ارزیابی واقعا تحت تاثیر این دستاورد

در این مدت کوتاه هستند. اعضای تیم در این خصوص بحث‌های متعددی داشتند تا جنبه‌های مختلف طرح را به خوبی درک نمایند. آنچه که واضح است اهدافی که تهیین شده است تا حدودی موفق بوده و دستاوردهائی داشته است و این یک موفقیت آشکار است. اما اعضای تیم ارزیاب در خصوص موارد زیر نگران هستند: پایداری منابع، تولید، اصلاحات سازمانی، برنامه‌ریزی راهبردی و استفاده کارا از منابع. اعضای تیم تصور می‌کنند که بدون تمرکز و برنامه‌ریزی در خصوص این موارد طرح تحول سلامت به این سمت خواهد رفت:

که این طرح به عنوان یک برنامه جدید تاحدودی ادامه پیدا خواهد کرد اما اگر برنامه‌ریزی مناسب ارائه نشود در طول زمان دچار تغییرات خواهد شد و ممکن است موفقیت‌های کنونی تداوم نیابد.

این ارزیابی نشان می‌دهد که کلیات اجرای طرح تحول سلامت و اقدام برای اجرای آن، مورد تایید ارزیابان ارشد سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته است و صراحتاً اعلام کرده‌اند که به عنوان مهمترین برنامه برای تقویت نظام سلامت و از سوی رسیدن ایران به تعهد بین‌المللی پوشش همگانی سلامت (به عنوان مهمترین برنامه سلامتی پیش رو در دنیا) تلقی می‌شود. همانند تمام برنامه‌ها این برنامه نیز دستاوردها و چالش‌هایی دارد و لازم است در طی زمانبندی مشخص به این چالش‌ها پرداخته شود و اقدامات مداخله‌ای موثر انجام شود؛

بدیهی است آغاز حرکت دیگر و توقف طرح کنونی برای همسویی نظام سلامت ایران در جهت دستیابی به مهمترین هدف جهانی سلامت-پوشش همگانی سلامت- در این گزارش پیشنهاد نشده است و توصیه به ترمیم برنامه مهمترین موضوع نتیجه‌گیری شده این گزارش می‌باشد. ارائه هر برنامه دیگر در واقع ادامه این طرح تلقی می‌شود و اجتناب‌ناپذیر تلقی شده است که برای این برنامه مطابق توصیه‌های جهانی، برنامه و نقشه راه مدتدار نوشته شود. آنچه که صراحتاً در این گزارش آورده شده است، توجه به دراز مدت و پتانسیل‌ها، منجر به این خواهد شد که نظام سلامت ایران با اجرای این طرح کاملاً متحول شود، و لذا این تیم در ارزیابی بر روی این موضوع تمرکز کردند که چه مواردی در نظام سلامت هست که نیاز به توجه فوری سیاستگذار در طی فازهای بعدی دارد. این موارد به عنوان موارد در الویت بالا برای توجه ویژه سیاستگذار شمرده شده‌اند و ذکر گردیده است که بدون توجه به این موارد، دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت-گسترش ارایه

تمام خدمات سلامتی با حفاظت مالی مناسب تا سال ۱۴۰۴- امکان پذیر نخواهد بود. در ادامه مواردی که به عنوان الویت‌های اصلی مطرح است، آورده شده است:

نقش تولیتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مدیریت طرح تحول سلامت. پیشنهادات برای این مورد عبارتند از:

- نقش تولیتی وزارت بهداشت در زمینه سلامت از ارائه دهنده خدمت به سیاستگذار در زمینه سلامت، تجدید نظر شود و وزارت بهداشت تبدیل به یک سازمان استاندارد در زمینه هماهنگی ارائه خدمات سلامتی و آموزش پزشکی شود؛
- مسئولیت وزارت بهداشت در شورای عالی بیمه، تجدید نظر شود- در حال حاضر این مسئولیت بر عهده وزارت رفاه است؛
- هدایت و مدیریت طرح تحول ضرورت دارد در وزارت بهداشت، تقویت شود.

پایداری منابع مالی در نظام سلامت. برای این منظور موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

دولت اخیر، سلامت را در الویت برنامه‌های خود قرار داده است و اجرای طرح تحول سلامت فرصت مناسبی پدید آورد تا منابع مالی وزارت بهداشت، افزایش پیدا کرد. لذا حوزه سلامت بعد از مدتها با کسری‌های مالی کمتری مواجه شد. از این منظر طرح تحول سلامت فرصت مناسبی برای افزایش منابع مالی تلقی می‌شود. اما برای در الویت قرار گرفتن حوزه سلامت همچنان در دولت‌های بعدی، لازم است پایداری منابع مورد بحث و بررسی قرار گیرد تا حوزه سلامت- و نه طرح تحول- با مشکلات جدید مواجه نشود و بتواند به تعهد حفاظت مالی تمام خدمات سلامتی تا سال ۱۴۰۴ دست پیدا کند.

برای پایدار ماندن منابع مالی این موارد پیشنهاد می‌شود:

- اتخاذ رویکرد MTEF (پانویس: medium-term expenditure and fiscal framework) در حوزه سلامت و و اجرای اصلاحات مالی در این حوزه برای اطمینان از پایداری منابع؛ این چارچوب یک برنامه سه الی پنج ساله است و برای کشورهایی پیشنهاد می‌شود که معیار لازم برای اجرای این برنامه را دارند؛
- شناسایی علل هزینه‌های بالا در نظام سلامت که در این گزارش ارائه شده است و انجام اقدامات برای تقویت تولیدات و کارایی تخصیصی در استفاده از منابع عمومی؛
- معرفی منابع مالی سلامت از مالیات بر درآمدهای خاص (از قبیل مالیات بر موارد

دخانی و مضر) و از سوی سرمایه‌گذاری بر تغییر رفتار مردم در جهت افزایش منابع حوزه سلامت؛

- توجه ویژه به تحلیل سالانه فضای بودجه‌های حوزه سلامت و آنالیز عدالتی برای اینکه ظرفیت حوزه سلامت برای تامین منابع مالی تخمین زده شود.
- حفاظت مالی و بیمه سلامت. بیشترین چالش‌های مطرح شده در این گزارش برای دستیابی به هدف سلامت تا سال ۱۴۰۴، چالش‌هایی است که حوزه بیمه سلامت با آن مواجه است. برای این منظور پیشنهادات زیر ارائه شده است:
- لازم است در نقش شورای عالی بیمه تجدید نظر اساسی صورت گیرد و نقش این شورا به عنوان مهمترین قانونگذار ارشد در زمینه بیمه‌های سلامت تقویت شود؛
- اختیارات و اعتبارات صندوق‌های بیمه ضرورت دارد یکسان شود و این صندوق‌ها به یک خریدار واحد در حوزه سلامتی تبدیل شوند؛
- منابع متعدد درآمدی صندوق‌های بیمه باید تقلیل داده شود و تنها از طریق یک خریدار واحد با مسئولیت و مکانیزم پاسخگویی شفاف انجام شود؛
- بسته خدمات اساسی، براساس نیازهای سلامتی و شواهد اقتصادی باید حتماً تدوین شوند؛
- روش‌های پرداخت به خریدار لازم است از پرداخت بدون سقف بازای ارائه خدمت به پرداخت‌های دارای محدودیت از قبیل، DRG برای بیمارستان‌ها و سرانه‌ای برای بخش بهداشت تبدیل شود و پرداخت با عملکرد ارائه دهنده مرتبط شود.
- ارائه خدمت سلامتی. برای این منظور پیشنهادات زیر ارائه شده است:
- لازم است برنامه پزشک خانواده اگر در کشور مقرر است اجرا شود، از یک مدل واحد و استاندارد پیروی کند و بهتر است شروع این برنامه با توجه به برنامه بریجینگ انجام شود؛
- برای اداره بیمارستان‌ها باید به هیات امنایی شدن بیمارستان‌ها توجه ویژه شود و مدیرانی که متعهد به پاسخگویی هستند، انتصاب شوند و انتصاب این مدیران مکانیزم شفافی داشته باشد؛

- در واحدهای ارائه خدمت، نظام اعتباربخشی مستقر شده و این موضوع با توجه به کیفیت و ایمنی بیمار انجام شود؛

- مشارکت مناسب بخش خصوصی باید در تامین مالی و ارائه خدمات سلامتی تعریف شود؛

- بسته ارائه خدمات اساسی و پروتکل نظام ارجاع لازم است تدوین، اجرا و پایش شود.

کاهش ناکارائی حوزه سلامت. برای کاهش ناکارائی موارد زیر پیشنهاد شده است:

- بسته خدمات اساسی سلامت براساس نیاز و شواهد اقتصادی تدوین و اجرا شود؛

- راهنماهای بالینی موجود بررسی شود و این راهنماها اگر موجود نیست، برای بیماری‌های شایع تدوین و در سطح ملی ارائه و پایش شود؛

- لیست داروهای اساسی ارائه شود تا از تجویز غیر منطقی داروهای گران در سطح وسیع جلوگیری شود. مردم لازم است در مورد استفاده منطقی از داروها آموزش ببینند؛

- پروتکل نظام ارجاع به طور دقیق تدوین شود و اجرای آن آغاز شود؛

- فهرست تعرفه خدمات برای اطمینان از مقدار پولی که بیمار پرداخت می‌کند مد نظر قرار گیرد و در صورت امکان سوء رفتارهای ارائه دهنده خدمت در این زمینه مورد مطالعه قرار گیرد.

پنج پیشنهاد ارائه شده برای شش ماه آینده:

- تجمیع صندوق‌های بیمه و استقرار یک خریدار واحد و مرور و تجدید نظر در نقش شورای عالی بیمه و تقویت آن برای تبدیل شدن به یک مرجع قانونگذار در زمینه بیمه خدمات سلامتی؛
- تدوین و اجرا بسته خدمات اساسی براساس نیازهای سلامتی و شواهد اقتصادی. این موضوع لازم است با تدوین راهنماهای بالینی، تدوین لیست داروها اساسی و پروتکل نظام ارجاع تقویت شود؛
- تغییر در روش پرداخت به ارایه دهنده خدمت از روش پرداخت بازای خدمات بدون سقف به دی آر جی در بیمارستان و سرانهای در سطح اول ارائه خدمت و در ارتباط با عملکرد افراد؛
- اجرای یک مدل استاندارد پزشک خانواده برای ارایه خدمت در سطح ملی؛
- توجه به هیأت امنایی کردن بیمارستان‌ها و انتصاب مدیران مناسبی که با مکانیزم شفاف و پاسخگویی مناسب.

- شایان ذکر است اگر تمام پیشنهادات مذکور باهم دیگر در دستور کار نظام سلامت ایران قرار گیرد، این نظام سلامت از شکل گسسته، ناکارآمد، به یک نظام یکپارچه، منسجم و ادغام یافته و در عین حال قوی با تولید مناسب تبدیل خواهد شد که دارای مهارت و انعطاف پذیری در پاسخ به هر نیازی در جامعه خواهد شد؛
- این تغییرات باعث خواهد شد نظام سلامت ایران هماهنگ با تجارب جهانی و پیشنهادات سازمان جهانی بهداشت برای حوزه سلامت حرکت نماید؛
- فعالیت های استراتژیک مذکور دیر یا زود ضرورت دارد به عنوان فاز (های) بعدی طرح تحول سلامت برنامه ریزی و اجرا شود؛
- برای این منظور لازم است نهادی در وزارت بهداشت، مسئولیت اجرا، گزارش دهی و پایش طرح را در طی فاز (های) بعدی بر عهده بگیرد؛
- برای شروع اقدامات، این تیم ۵ فعالیت استراتژیک را به عنوان مهمترین فعالیت ها در این زمینه پیشنهاد داده اند. این ۵ فعالیت به عنوان اقدامات آغازین فاز (های) بعدی طرح ضرورت دارد در طی شش ماه آینده در دستور کار وزارت بهداشت قرار گیرد.

- تجمیع صندوق‌های بیمه و استقرار یک خریدار واحد و مرور و تجدید نظر در نقش شورای عالی بیمه و تقویت آن برای تبدیل شدن به یک مرجع قانونگذار در زمینه بیمه خدمات سلامتی؛
- تدوین و اجرا بسته خدمات اساسی براساس نیازهای سلامتی و شواهد اقتصادی. این موضوع لازم است با تدوین راهنماهای بالینی، تدوین لیست داروها اساسی و پروتکل نظام ارجاع تقویت شود؛
- تغییر در روش پرداخت به ارایه دهنده خدمت از روش پرداخت بازاری خدمات بدون سقف به DRG در بیمارستان و سرانه‌ای در سطح اول ارائه خدمت و در ارتباط با عملکرد افراد؛
- اجرای یک مدل استاندارد پزشک خانواده برای ارایه خدمت در سطح ملی؛
- توجه به هیأت امنایی کردن بیمارستانها و انتصاب مدیران مناسبی که با مکانیزم شفاف و پاسخگویی مناسب.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، سازمانی است که برای دیده‌بانی وضعیت سلامت، تولید و ترویج به کارگیری شواهد علمی مورد نیاز برنامه‌ریزان و سیاستگذاران سلامت در سطح ملی ایجاد شده است.

تمرکز اصلی مؤسسه فعالیت بر روی نتایج و پیامدهای اقدامات و مداخلات انجام شده در حوزه سلامت است.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در تلاش است با عمل به رسالت خود به‌عنوان دیده‌بان سلامت کشور با استفاده از همه توان دانشی داخل کشور و به‌کارگیری ظرفیت‌های دانشی بین‌المللی، ضمن پیش‌بینی روندها و رصد شاخص‌های نظام سلامت؛ و با استفاده از تجربیات سایر نظام‌های سلامت، مداخلات مؤثر برای اصلاحات در نظام سلامت را طراحی و توصیه کند و در صورت اجرای آنها به ارزیابی و پایش مداخلات بپردازد؛ از سویی به‌عنوان مرجع و مشاور تأمین شواهد علمی تصمیم‌گیران سلامت در کشور و دیده‌بانی منطقه شناخته شود و از این طریق مجریان و متولیان حوزه سلامت را در دستیابی به جامعه سالم یاری کند.

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران



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

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، جمهوری اسلامی ایران

nihr.tums.ac.ir

