



موسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت برنامه‌ریزی راهبردی و هماهنگی

# ارزیابی طرح تحول سلامت در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران

گزارش جامع

(اردیبهشت ۱۳۹۳ تا اسفند ۱۳۹۶)

دبیرخانه دیده‌بانی نظام سلامت



بخشی از سیاست های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری

توسعه کمی و کیفی بیمه های بهداشتی و درمانی با هدف:

پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه ها برای آحاد جامعه و

کاهش سهم مردم از هزینه های درمان تا آنجا که بیمار جز نرخ بیماری،

دغدغه و نرخ دیگری نداشته باشد.





موسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت برنامه‌ریزی راهبردی و هماهنگی

# ارزیابی طرح تحول سلامت در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در جمهوری اسلامی ایران

گزارش جامع

(اردیبهشت ۱۳۹۳ تا اسفند ۱۳۹۶)

پاییز ۱۳۹۷





## سخن نخست

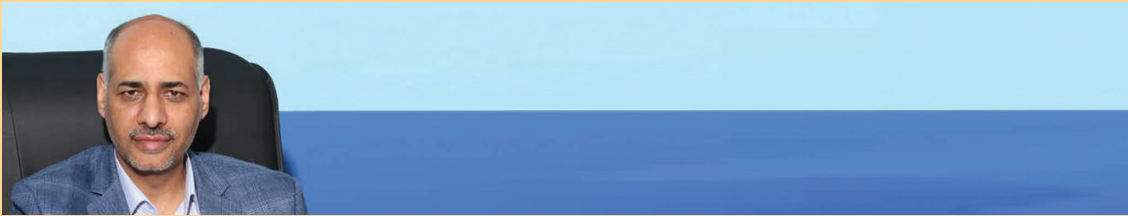
در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، برخورداری از سلامت، حق آحاد مردم شناخته شده و دولت برای تحقق این حق مکلف شده است و این مهم در سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری هم به صراحت بیان شده است.

از سویی براساس تعهدات بین‌المللی و تأکید سازمان جهانی بهداشت، برای برخورداری از سلامت جامع، حفاظت مالی از مردم و خدمت‌گیرندگان باید در دستور کار دولت‌ها قرار می‌گرفت. به منظور دستیابی به این هدف، سازمان جهانی بهداشت توصیه کرد دولت‌ها هرچه سریع‌تر اصلاحات مورد نیاز برای تقویت نظام سلامت خود را شروع کنند تا در زمان مناسب بتوانند گام اصلی یعنی «پوشش همگانی سلامت» را بردارند.

با روی کار آمدن دولت یازدهم و تداوم آن در دولت دوازدهم، با وجود تمام تنگناها از جمله تحریم‌های شدید، «طرح تحول سلامت» به عنوان جامع‌ترین برنامه اصلاحات در نظام سلامت که رویکرد پوشش همگانی سلامت را نیز دنبال می‌کرد، در ایران آغاز شد و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توانست این برنامه را طی سال‌های آغازین به نقطه‌ای برساند که مورد تأیید سازمان‌های بین‌المللی قرار گیرد و به عنوان مهم‌ترین برنامه ایران در راستای دستیابی هدف‌گذاری شده به سمت پوشش همگانی سلامت مطرح شود. نکته‌ای که باید مورد توجه قرار گیرد، این است که نظام سلامت ایران برای اجرای اصلاحات، علاوه بر استفاده از الگوی جهانی پوشش همگانی سلامت، مدل مجزا و جامعی را در دستور کار قرار داد و اجرا کرد که می‌تواند به عنوان تجربه‌ای مفید، در اختیار سایر کشورها قرار گیرد.

آنچه در پی می‌آید، خلاصه‌ای است از نتایج اقدامات و اصلاحات نظام سلامت در قالب «طرح تحول سلامت» که نتیجه تلاش در سطح ملی و زحمات همکاران در بخش‌های مختلف حوزه ستادی و استانی است.

دکتر سید حسن هاشمی  
وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



## پیشگفتار

مدیریت سلامت داستانی پر رمز و راز و پیچیده است که در هر سطح و هر نقطه از جهان مملو از تجربیات تلخ و شیرین بسیار بوده و خواندن این وقایع و گذشته نگاری دقیق آن بدون شک درس آموز است.

داستان مدیریت سلامت در جمهوری اسلامی ایران نیز حرف‌های بسیار برای کشف دارد و در این کتاب فصل تحول سلامت جایگاه خاص دارد. طرحی گسترده که در سال‌های اخیر رقم خورد و کوشید تا با اقداماتی همه جانبه خصوصاً باعث بهبود حفاظت مالی جامعه شده و دسترسی به خدمات سلامت را برای تمامی آحاد جامعه تسهیل نماید.

آنچه در این مجلد می‌آید خلاصه‌ای از داستان طرح تحول سلامت کشور جمهوری اسلامی ایران است که حاوی اقدامات و نتایج، موفقیت‌ها و کاستی‌ها، اهداف و دستاوردها و درس‌هایی است و کمک می‌کند تا با مستندسازی این اقدام گسترده چراغی باشد برای برنامه‌های آینده.

لازم به ذکر است که اجرای این طرح ماحصل زحمات گروه عظیمی از مدیران ستاد وزارت، دانشگاه‌ها، شبکه‌های بهداشت و درمان و بیمارستان‌ها و اقدامات دلسوزانه پدنه وزین ارائه‌دهنده خدمت از دور دست‌ترین نقاط کشور تا فوق‌تخصصی‌ترین بیمارستان‌ها بوده است که بدین وسیله لازم است از این همت والا در حرکت ایثارگونه کمال تشکر را داشته باشیم.

دکتر علی اکبر حقدوست  
معاون برنامه ریزی راهبردی و هماهنگی



## درباره محتوی

تهیه گزارش حاضر از ابتدای سال ۱۳۹۷ آغاز و هدف از آن، ارائه گزارش بر روی ابعادی از طرح تحول سلامت می‌باشد که دستیابی به «پوشش همگانی سلامت» را تسهیل می‌کند. این ارزیابی به روش گذشته نگر با استفاده از رویکرد مشارکتی تمام معاونت‌ها و دفاتر مربوط به برنامه‌ها و بسته‌های طرح تحول انجام شد. تلاش اصلی در این گزارش بر این می‌باشد که مشخص گردد طرح تحول سلامت با اجرای بسته‌ها چه مسیری را برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت طی کرده است. دوره زمانی مورد بررسی چهار سال اول اجرا (۱۳۹۳ الی ۱۳۹۶) می‌باشد. در این گزارش اسناد بالادستی مرتبط با بسته و سپس وضعیت آن قبل از اجرای طرح تحول سلامت و در ادامه، وضعیت بعد از اجرای طرح تحول سلامت بحث و بررسی شده است. در حال حاضر این گزارش تصویری از اقدامات انجام شده در نظام سلامت که در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده را ارائه می‌کند که می‌تواند برای ترسیم برنامه‌های آتی مؤثر باشد. در این گزارش تمام بسته‌های اجرا شده حوزه درمان، بهداشت و سازمان غذا و دارو که مرتبط با اقداماتی است که نظام سلامت را در جهت رسیدن به پوشش همگانی سلامت تقویت می‌نماید مرور شده است.

در انتها مراتب سپاسگزاری و تشکر خود را از تمام همکارانی که در تهیه و تدوین مطالب این گزارش همکاری و مشارکت داشتند اعلام می‌دارم.

دکتر اکبر فتوحی  
رئیس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران



**فصل اول (اطلاعات کلی جمعیت، سلامت و اقتصاد در جمهوری اسلامی ایران)**

۱۳	جمعیت شناختی و جغرافیای کشور ایران
۱۶	وضعیت اقتصادی
۱۸	وضعیت کلی سلامت در ایران
۱۹	تأمین مالی نظام سلامت در ایران
۲۲	بیمه های سلامت در ایران

**فصل دوم (مداخلات اجرا شده در طرح تحول نظام سلامت)**

۲۹	معرفی طرح تحول سلامت
۲۹	ضرورت اجرای طرح تحول سلامت
۳۰	خلاصه های از چالش ها و فرصت های نظام سلامت قبل از طرح تحول سلامت
۳۲	آماده سازی و فرایند اجرای طرح تحول سلامت
۳۴	اقدامات و اهداف کلی طرح تحول سلامت

**حوزه درمان**

۳۸	بیمه کردن جمعیت فاقد پوشش بیمه سلامت
۴۱	حفاظت مالی از بیماران در بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارتقا، کیفیت خدمات ویزیت سرپایی و توسعه کلینیک های ویژه در بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۶	حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم
۵۰	حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۳	سیاست های جمعیتی و ترویج زایمان طبیعی
۵۵	گسترش پوشش خدمات اورژانس و اورژانس هوایی
۵۸	ارتقای کیفیت هتلینگ (اقامت و خدمات) در بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶۰	سایر دستاوردهای حوزه درمان طی سال های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶

**حوزه بهداشت**

۶۵	برنامه تحول در حوزه بهداشت
۶۶	ارائه خدمات به روستائیان، عشایر و شهرهای دارای جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر (گسترش برنامه پزشک خانواده روستایی) ارائه خدمات و مراقبت های اولیه سلامتی (خدمات نوین سلامت) به حاشیه نشینان و شهرهای دارای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت (اصلاح و هماهنگ سازی روش ارائه خدمات سلامت در شهرها)
۷۴	تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران
۷۸	استقرار نظام ارجاع الکترونیک
۸۱	پرونده الکترونیک سلامت (سامانه سیب)
۸۳	اقدامات در حوزه پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر
۸۷	پیامد اجرای بسته های بهداشت عمومی، پیشگیری و مراقبت های اولیه سلامت در ایران

**حوزه دارو و تجهیزات پزشکی**

۹۱	سابقه بحران دارویی قبل از طرح تحول سلامت
۹۴	اقدامات فوری انجام شده برای رفع مشکلات دارویی در ابتدای دولت یازدهم
۹۵	حمایت از داروهای تولید داخل و افزایش سهم داروهای تولید داخل از بازار دارویی و کنترل قیمت دارو و تجهیزات پزشکی
۱۰۸	حفاظت مالی و حمایت از بیماران معب العلاج و خاص
۱۰۹	اقدامات انجام شده در حوزه تجهیزات و ملزومات پزشکی
۱۱۲	نتیجه نهایی
۱۱۳	منابع

## فهرست شکل‌ها

- شکل ۱. بروز مرگ و میر مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده در سال ۱۳۹۵ ..... ۲۰
- شکل ۲. مدل مفهومی جریان مالی نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران ..... ۲۵

## فهرست نمودارها

- نمودار ۱. درصد متوسط رشد سالانه جمعیت در سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵ ..... ۱۴
- نمودار ۲. هرم سنی جمعیت در سال ۱۳۹۵ ..... ۱۵
- نمودار ۳. روند تغییرات سهم گروه‌های عمده سنی کل کشور از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۵ ..... ۱۶
- نمودار ۴. سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۳ ..... ۲۴
- نمودار ۵. سهم هزینه بخش خصوصی (پرداخت از جیب، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۳ ..... ۲۴
- نمودار ۶. بار مراجعه برای دریافت خدمات سلامت از پزشک بر اساس وضعیت بیمه در سال ۱۳۹۴ ..... ۳۹
- نمودار ۷. پوشش بیمه پایه قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت بر اساس پیمایش‌های خانوار ..... ۴۰
- نمودار ۸. بروز هزینه‌های کمرشکن بر اساس پنجگ از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ ..... ۴۳
- نمودار ۹. بروز هزینه‌های فقرزا بر اساس پنجگ از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ ..... ۴۳
- نمودار ۱۰. افراد دارای نیاز بستری که مراجعه کرده و خدمت را دریافت نموده‌اند در سال ۱۳۹۴ ..... ۴۴
- نمودار ۱۱. درصد ارجاع بیماران بستری، به خارج از بیمارستان‌های دولتی در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ ..... ۴۵
- نمودار ۱۲. سهم خدمات سرپایی در پرداخت مستقیم از جیب از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۶ ..... ۴۷
- نمودار ۱۳. روند بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی در ایران در سال‌های ۱۳۸۱، ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ ..... ۴۸
- نمودار ۱۴. درصد افرادی که برای دریافت خدمت مراجعه کرده‌اند و آن را دریافت نموده‌اند در سال ۱۳۹۴ ..... ۴۸
- نمودار ۱۵. بار مراجعه سرپایی بر اساس پنجگ، محل سکونت و جنسیت در سال ۱۳۹۴ ..... ۴۸
- نمودار ۱۶. بار مراجعه برای دریافت تمام خدمات سرپایی (و نه فقط پزشک) بر اساس داده‌های سازمان‌های بیمه‌گر از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ ..... ۴۹
- نمودار ۱۷. تمایل به ماندگاری پزشکان در بین پزشکان مناطق محروم ..... ۵۲
- نمودار ۱۸. درصد زایمان به روش سزارین در شکم اول، قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت ..... ۵۷
- نمودار ۱۹. جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده روستایی در سال ۱۳۹۶ ..... ۶۸
- نمودار ۲۰. وضعیت مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه بیمه روستایی در سال ۱۳۹۶ ..... ۶۸
- نمودار ۲۱. واحدهای ارائه دهنده خدمت به تفکیک دانشگاه در سال ۱۳۹۳ ..... ۸۰
- نمودار ۲۲. نیروی انسانی ارائه‌دهنده خدمت به تفکیک دانشگاه در سال ۱۳۹۳ ..... ۸۰
- نمودار ۲۳. سهم دارو از منابع تولید داخل و واردات از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۴ ..... ۹۷
- نمودار ۲۴. شاخص‌های توسعه صنعت داروسازی ایران ..... ۹۸
- نمودار ۲۵. وضعیت مواد اولیه دارویی ایران ..... ۹۸
- نمودار ۲۶. وضعیت پروانه‌های بیوتکنولوژی تولید داخل ..... ۹۹
- نمودار ۲۷. پروانه‌های صادر شده در حوزه تولید و واردات دارو ..... ۱۰۱
- نمودار ۲۸. ارزش بازار تولید و واردات دارو با قیمت مصرف‌کننده (میلیون دلار) ..... ۱۰۲
- نمودار ۲۹. حجم بازار تولید و واردات دارو (میلیون دلار) ..... ۱۰۳
- نمودار ۳۰. مقدار واردات مواد اولیه دارویی در مقایسه با داروی ساخته شده (میلیون دلار) ..... ۱۰۳
- نمودار ۳۱. مقایسه شاخص بهای کالا در بخش عمومی، سلامت و دارو ..... ۱۰۴
- نمودار ۳۲. تعداد بازرسی‌های GMP ..... ۱۰۶
- نمودار ۳۳. کنترل و نمونه برداری طرح PMS ..... ۱۰۶
- نمودار ۳۴. متوسط اقلام دارو و نسبت تجویز داروی تزریقی، آنتی‌بیوتیک‌ها و کورتیکواستروئیدها در نسخ سرپایی ..... ۱۰۷
- نمودار ۳۵. مقایسه متوسط پرداخت از جیب بیماران معب‌العلاج و خاص در سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۶ ..... ۱۰۸
- نمودار ۳۶. تعداد بیماران مشمول برنامه حفاظت مالی از بیماران معب‌العلاج و خاص در مناطق دهگانه آمایشی در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۵ ..... ۱۰۸
- نمودار ۳۷. درصد کاهش قیمت تجهیزات سرمایه‌ای به‌دنبال اجرای طرح تحول سلامت ..... ۱۱۰

جدول ۱. تحولات جمعیت و خانوار در سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۵	۱۳
جدول ۲. گروه‌های عمده سنی کل کشور از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۵	۱۵
جدول ۳. مهم‌ترین شاخص‌های تأمین مالی حوزه سلامت	۲۳
جدول ۴. بسته‌های اجرائی طرح تحول سلامت برای همسویی با پوشش همگانی سلامت	۳۵
جدول ۵. جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه در سال ۱۳۹۵	۴۰
جدول ۶. وضعیت داروخانه‌های ارائه‌کننده خدمت در برنامه پزشک خانواده روستایی	۶۹
جدول ۷. وضعیت ارائه خدمات آزمایشگاهی در مناطق روستائی، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت و عشایر	۷۰
جدول ۸. وضعیت نیروی انسانی دارای قرار داد پزشک خانواده روستایی از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶	۷۰
جدول ۹. وضعیت شاخص‌های برنامه پزشک خانواده روستایی	۷۱
جدول ۱۰. عملکرد برنامه تحول گسترش شبکه بهداشت در مناطق حاشیه نشین و شهری از نظر تعداد واحد ارائه دهنده خدمت	۷۶
جدول ۱۱. تعداد نیروی ارائه‌دهنده خدمت به‌کارگیری شده در مناطق حاشیه نشین و شهری با همکاری بخش خصوصی	۷۷
جدول ۱۲. تغییرات پوشش خدمات در منطقه حاشیه نشین و شهری قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت تا پایان سال ۱۳۹۶	۷۷
جدول ۱۳. جمعیت مشمول برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های مجری	۸۰
جدول ۱۴. شاخص‌های برنامه پزشک خانواده شهری در ایران در سال ۱۳۹۳	۸۰
جدول ۱۵. پوشش همگانی سلامت و مراقبت‌های اولیه سلامت	۸۸
جدول ۱۶. کاهش قیمت ملزومات پزشکی در چهار گروه تخصصی به دنبال اجرای طرح تحول سلامت	۱۱۰

# فصل اول

اطلاعات کلی جمعیت، سلامت و اقتصاد در  
جمهوری اسلامی ایران



## جمعیت شناختی و جغرافیای کشور ایران

کشور ایران با ۱۶۴۸،۱۹۵ کیلومتر مربع وسعت (هجدهم در جهان) در جنوب غربی آسیا و در منطقه مدیترانه شرقی قرار دارد و از شمال با جمهوری آذربایجان، ارمنستان و ترکمنستان، از شرق با افغانستان و پاکستان و از غرب با ترکیه و عراق همسایه است؛ همچنین از شمال به دریای خزر و از جنوب به خلیج فارس و دریای عمان محدود می‌شود.

بر اساس آخرین تقسیمات کشوری، ایران دارای ۳۱ استان بوده و جمعیت آن طی ۲۵ سال اخیر، حدود ۲۹/۱ درصد افزایش یافته است. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران، جمعیت کشور، ۷۹،۹۲۶،۲۷۰ نفر بوده که از این تعداد، ۸۴۷،۱۴۶،۵۹۰ نفر (۷۴ درصد) در مناطق شهری و ۲۵،۶۷۳،۰۶۲ نفر (۲۶ درصد) در مناطق روستایی زندگی می‌کنند.

بر اساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵ نرخ باسوادی در بین جمعیت ۱۰ تا ۴۹ ساله برابر با ۹۴/۷ درصد است (جدول شماره ۱) و امید زندگی بدو تولد در کشور ایران برابر با ۷۴ سال است.

بر اساس نتایج

سرشماری سال

۱۳۹۵ نرخ باسوادی

در بین جمعیت ۱۰ تا

۴۹ ساله برابر با

۹۴/۷ درصد است و

امید زندگی بدو

تولد در کشور ایران

برابر با ۷۴ سال

است.

جدول ۱. تحولات جمعیت و خانوار در سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۵

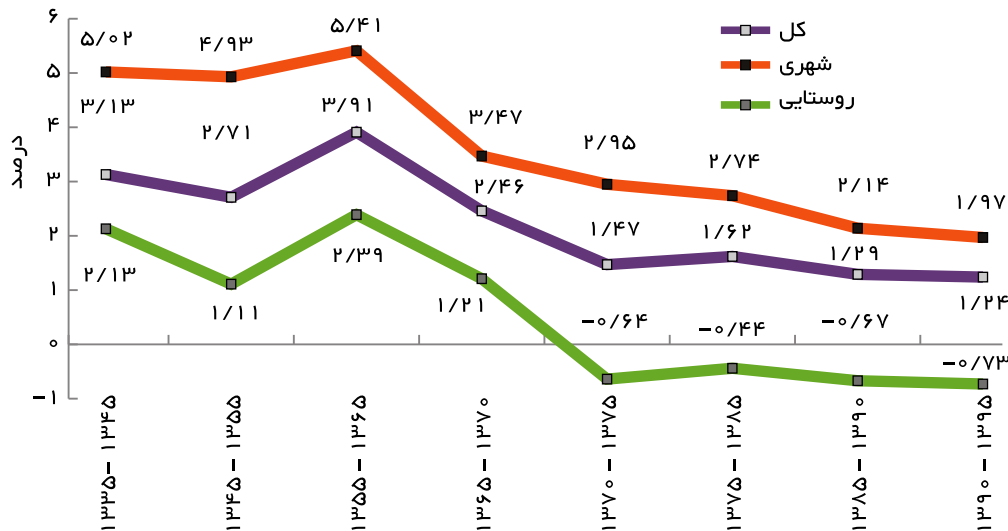
ردیف	سال	کل جمعیت	جمعیت روستایی کشور	جمعیت شهری کشور	بعد خانوار			تراکم جمعیت کشور (متر مربع)	وضعیت باسوادی جمعیت تا ۴۹ ساله
					کل	شهری	روستایی		
۱	۱۳۵۵	۳۳۰،۷۰۸،۷۴۴	۱۷۰،۸۶۵،۷۷۰	۱۵۰،۸۴۲،۹۷۴	۵/۲	۴/۹	۵	۲۱	۴۷/۵
۲	۱۳۶۵	۴۹۰،۴۴۵،۰۱۰	۲۲۰،۲۵۰،۲۵۰	۲۷۰،۱۹۴،۷۶۰	۵/۵	۴	۵/۱	۳۰	۶۱/۸
۳	۱۳۷۵	۶۰۰،۵۵۵،۴۸۸	۲۲۰،۸۲۱،۰۸۵	۳۷۰،۲۳۴،۴۰۳	۵/۲	۴/۶	۴/۸	۳۷	۷۹/۵
۴	۱۳۸۵	۷۰۰،۴۹۵،۷۸۲	۲۲۰،۱۳۱،۰۱۰	۴۸۰،۳۶۴،۶۸۱	۴/۴	۳/۹	۴	۴۳	۹۱/۷
۵	۱۳۹۰	۷۵۰،۱۴۹،۶۶۹	۲۱۰،۴۴۶،۷۸۳	۵۳۰،۷۰۲،۸۸۶	۳/۷	۳/۵	۳/۵	۴۶	۹۲/۴
۶	۱۳۹۵	۷۹۰،۹۲۶،۲۷۰	۲۰۰،۷۳۰،۶۲۵	۵۹۰،۱۴۶،۸۴۷	۳/۴	۳/۳	۳/۳	۴۹	۹۴/۷

بعد خانوار در سال ۱۳۹۵ در کل کشور برابر ۳/۳ اعلام شد که این عدد در مناطق شهری ۳/۳ و در مناطق روستایی ۳/۴ بوده است.

بالاترین رشد جمعیت در ایران طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۵ رخ داد که برابر با ۳/۹۱ درصد بود. پس از آن، رشد جمعیت رو به کاهش گذاشت و طی سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۰ به ۲/۴۶ رسید. در سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵ این عدد معادل ۱/۴۷ درصد، در سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ برابر با ۱/۶۲ درصد و در سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ معادل ۱/۲۹ درصد بود و در سرشماری اخیر با ۰/۰۵ درصد کاهش به ۱/۲۴ درصد رسید.

رشد جمعیت در ایران همواره روندهای گوناگونی را طی کرده است؛ به طوری که در بالاترین حد خود به ۵/۴۱ در مناطق شهری کشور رسیده و در پایین ترین حد خود تا منهای ۰/۷۳ در مناطق روستایی کشور طی سال های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۵ در نوسان بوده است. رشد منفی در مناطق روستایی کشور از دهه ۱۳۷۰ شروع شد که مهاجرت یکی از علل مهم آن بود. رشد جمعیت در این دوره از ۱/۲۱ درصد طی سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۰ به منهای ۰/۶۴ در سال های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵ رسید و این روند همچنان ادامه داشت و در فاصله سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ به منهای ۰/۴۴، سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ منهای ۰/۶۷ و طی سال های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ به منهای ۰/۷۳ رسید (نمودار شماره ۱).

نمودار ۱. درصد متوسط رشد سالانه جمعیت در سال های ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵

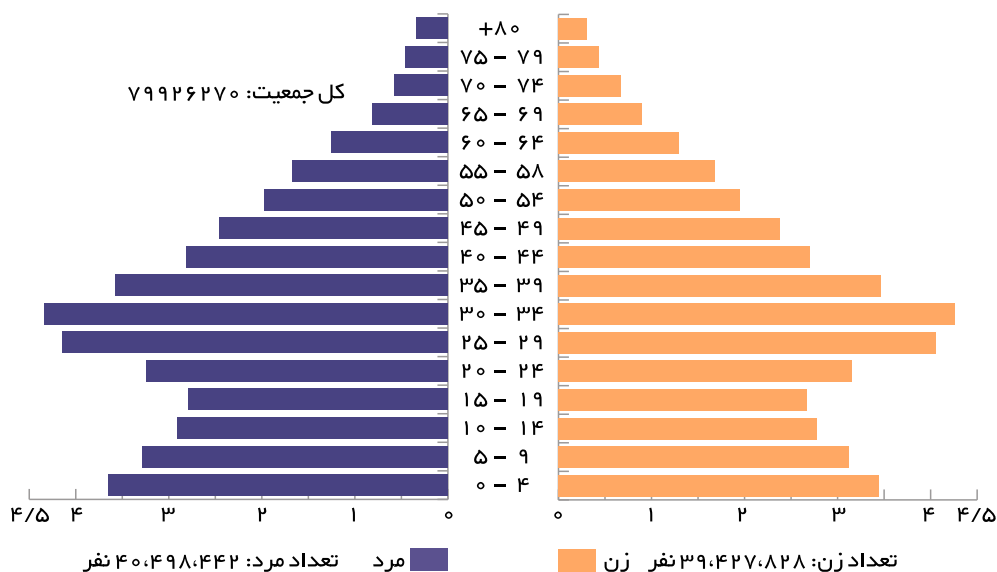


نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵ نشان می‌دهد، در مجموع ۲۴ میلیون و ۱۸۵ هزار و ۱۳۳ خانوار معمولی و گروهی در کشور وجود دارد. سهم خانوارهای یک نفره از مجموع خانوارهای کشور ۸/۴۶ درصد، خانوارهای دو نفره ۲۰/۷۱ درصد، خانوارهای سه نفره ۲۸/۴۵ درصد، خانوارهای چهار نفره ۲۷/۶۴ درصد و خانوارهای پنج نفره ۱۴/۷۴ درصد است. نتایج منتشر شده سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵ همچنین حکایت از آن دارد که ۱۷/۷۳ درصد از خانوارهای معمولی و گروهی کشور در استان تهران زندگی می‌کنند که این تعداد بیش از یک ششم کل خانوارهای معمولی و گروهی را تشکیل می‌دهد و استان تهران از این نظر در رتبه اول قرار دارد. استان ایلام هم در بین استان‌های کشور، با ۰/۶۶ درصد، کمترین خانوار معمولی و گروهی را به خود اختصاص داده است.

نتایج منتشر شده  
سرشماری عمومی  
نفوس و مسکن  
۱۳۹۵  
آن دارد که ۱۷/۷۳  
درصد از خانوارهای  
کشور در استان  
تهران زندگی  
می‌کنند که این  
تعداد بیش از یک  
ششم کل خانوارها  
را تشکیل می‌دهد.

هرم سنی جمعیت در سال ۱۳۹۵ بر اساس سرشماری در نمودار شماره ۲ نشان داده شده است. بر اساس این هرم سنی، در حال حاضر ۴۴/۸ درصد از جمعیت کشور در گروه سنی ۳۰ تا ۶۴ سال قرار دارند. جدول شماره ۲، درصد گروه‌های عمده سنی را در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۵ نشان می‌دهد. نمودار شماره ۳ نیز روند تغییرات هر یک از این گروه‌های سنی را در سال‌های مذکور نشان می‌دهد.

نمودار ۲. هرم سنی جمعیت در سال ۱۳۹۵

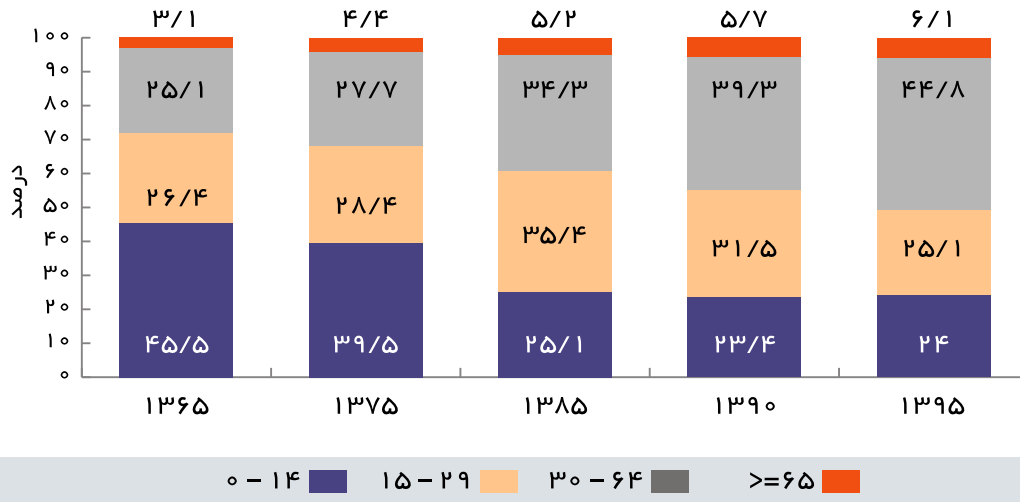


جدول ۲. گروه‌های عمده سنی کل کشور از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۵

ردیف	گروه‌های عمده سنی	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵
۱	۰ - ۱۴	۴۵/۵	۳۹/۵	۲۵/۱	۲۳/۴	۲۴
۲	۱۵ - ۲۹	۲۶/۴	۲۸/۴	۳۵/۴	۳۱/۵	۲۵/۱
۳	۳۰ - ۶۴	۲۵/۱	۲۷/۷	۳۴/۳	۳۹/۳	۴۴/۸
۴	۶۵ و بالاتر	۳/۱	۴/۴	۵/۲	۵/۷	۶/۱



نمودار ۳. روند تغییرات سهم گروه های عمده سنی کل کشور از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۵



## وضعیت اقتصادی

اقتصاد ایران یک اقتصاد ترکیبی و در مرحله گذار است و هنوز نفت و گاز، بخش عمده‌ای از صادرات کشور را تشکیل می‌دهد. ایران طی دو دهه اخیر با دو مرحله کاهش چشمگیر در رشد اقتصادی (طی سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۹۱) مواجه بوده است. از علل اصلی منفی شدن چشمگیر و کم سابقه رشد اقتصادی در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ نیز می‌توان به نوسانات نرخ ارز و افزایش تحریم‌های بین‌المللی اشاره کرد. جهش منفی به وجود آمده در سال ۱۳۹۱ به اندازه‌ای بود که نرخ رشد تولید ناخالص داخلی به قیمت پایه (سال ۱۳۷۶) از ۳/۵ درصد در سال ۱۳۹۰ به منهای ۵ درصد در سال ۱۳۹۱ و پس از گند شدن روند مذکور در سال ۱۳۹۲ به منهای ۱/۸ درصد رسید. اقتصاد ایران اما در سال ۱۳۹۵ در مقایسه با چند سال گذشته شرایط بهتری را تجربه کرد و بر اساس آمارهای رسمی، با رشد قابل توجهی همراه شد. پس از کاهش شدید قیمت جهانی نفت و تأثیر منفی آن بر رشد اقتصادی در سال ۱۳۹۴، به دنبال اجرای برنامه جامع اقدام مشترک (برجام) و رفع محدودیت‌های ناشی از تحریم‌های اقتصادی، تولید و صادرات نفت ایران در سال ۱۳۹۵ افزایش یافت. افزایش تولید و صادرات نفت، نقش قابل توجهی در ارتقاء رشد اقتصادی آن سال ایفا کرد. آن چنان که در سال ۱۳۹۵ رشد اقتصادی ۸/۳ درصدی در اقتصاد ایران ثبت شد. بانک جهانی هم رشد اقتصادی ایران را بین سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰ حدود ۴ تا ۴/۵ درصد پیش بینی کرده است. برخی از مهم‌ترین شاخص‌ها که توسط آنها می‌توان جایگاه ایران را از منظر اقتصادی با دیگر کشورها مقایسه کرد عبارت‌اند از: سرانه تولید ناخالص داخلی، تورم و نرخ بیکاری.



## وضعیت کلی سلامت در ایران

برای مقایسه وضعیت کلی سلامت از شاخص‌های امید زندگی، مرگ و میر و ابتلا استفاده می‌شود.

ارزیابی میانگین شاخص امید زندگی در بدو تولد در بین ۲۲ کشور منطقه مدیترانه شرقی، نشان می‌دهد که این شاخص برابر ۶۹/۲ سال است و ایران با ۷۴/۶ سال، وضعیت بهتری نسبت به کشورهای منطقه دارد.

شاخص مرگ استاندارد شده سنی، در ایران ۴۱۸ در ۱۰۰ هزار نفر است، این شاخص در منطقه مدیترانه شرقی ۶۱۶/۷ در ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد و ایران وضعیت بهتری نسبت به منطقه دارد. بروز مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی در ایران برابر ۲۲۳ مرگ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت است. در مقایسه با میانگین این شاخص در منطقه مدیترانه شرقی (۲۰۴/۵)، ایران مرگ و میر بالاتری دارد. در شاخص مرگ بر اثر سرطان، ایران با ۶۲ مرگ در ۱۰۰ هزار نفر، شرایط مشابهی با میانگین کشورهای منطقه مدیترانه شرقی (۵۹/۲) دارد.

در مرگ ناشی از حوادث ترافیکی، شرایط ایران با ۱۹ مرگ به ازای ۱۰۰ هزار نفر، تقریباً مشابه منطقه مدیترانه شرقی (۲۰/۷) است.

شاخص مرگ و میر مادر با توجه به شکل شماره ۱، در ایران مناسب ارزیابی می‌شود؛ به طوری که بروز مرگ مادر در ایران بسیار پایین‌تر از میانگین جهانی (۲۱۶ در ۱۰۰ هزار تولد زنده) است.

در جمهوری اسلامی ایران بروز مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده برابر ۱۶ است، که از وضعیت منطقه مدیترانه شرقی (۵۳) بسیار بهتر است.

شیوع عوامل خطر ابتلا به بیماری‌ها در ایران برای افراد بالای ۱۸ سال، برابر ۵۱/۳ درصد است که این شاخص مشابه میانگین منطقه مدیترانه شرقی با رقم ۴۹ درصد می‌باشد.

وضعیت استعمال سیگار در ایران نیز با شیوع ۱۰/۷ درصد در بین تمام سنین، مشابه میانگین منطقه مدیترانه شرقی (۱۱/۴) است.

**ارزیابی میانگین شاخص امید زندگی در بدو تولد در بین ۲۲ کشور منطقه مدیترانه شرقی، نشان می‌دهد که این شاخص برابر ۶۹/۲ سال است و ایران با ۷۴/۶ سال، وضعیت بهتری نسبت به کشورهای منطقه دارد.**

**در جمهوری اسلامی ایران بروز مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده برابر ۱۶ است، که از وضعیت منطقه مدیترانه شرقی (۵۳) بسیار بهتر است.**

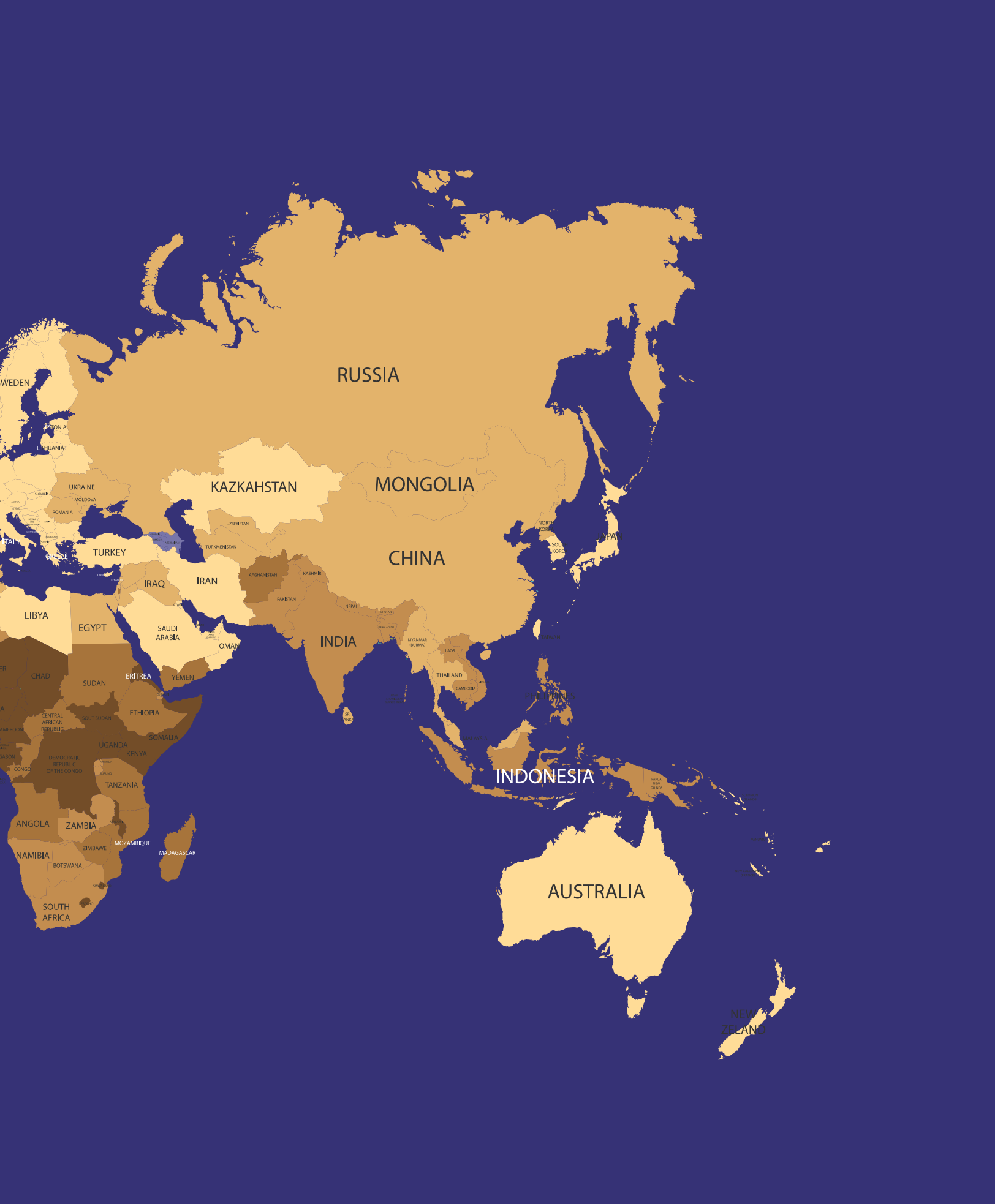
## تأمین مالی نظام سلامت در ایران

هزینه‌های سلامت می‌تواند با مشارکت سه بخش عمومی، خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) و منابع خارجی تأمین شود. هرکشوری براساس زیر ساخت‌های اقتصادی، از یک یا مجموعه‌ای از این روش‌ها استفاده می‌کند. ایران جزء کشورهای است که برای تأمین منابع مالی بخش سلامت، ترکیبی از روش‌های فوق را انتخاب کرده است. در پی اجرای طرح تحول سلامت، سهم هزینه سلامت بخش عمومی افزایش یافت و سهم بخش خصوصی که قسمت عمده آن را پرداختی از جیب خانوار تشکیل می‌دهد، کاهش پیدا کرد. در حال حاضر سهم هزینه‌های بخش عمومی از هزینه‌های کلی سلامت ایران در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط روبه بالا و با درآمد بالا، کشورهای منطقه مدیترانه شرقی، منطقه چشم انداز و متوسط جهانی، پایین‌تر و سهم بخش خصوصی بالاتر از متوسط آن در این کشورها است. اگرچه اقدامات طرح تحول سلامت با افزایش سهم بخش عمومی تا حدودی پرداختی از جیب خانوار را کاهش داده، هنوز هم سهم بخش عمومی که در برگیرنده بیمه‌های سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) نیز می‌شود، پایین است. از سوی دیگر سهم بالای هزینه‌های کل سلامت از تولید ناخالص داخلی نشان دهنده در اولویت بودن بخش سلامت با توجه به شرایط اقتصادی کشور است. در شکل ۲، مدل مفهومی جریان مالی نظام سلامت ارائه شده است.

اطلاعات حاضر نشان می‌دهد، در برخی از کشورهای با درآمد متوسط روبه بالا که سرانه هزینه سلامت بخش عمومی و نسبت سهم هزینه بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی، معادل ایران است، سهم پرداختی از جیب خانوار به کل هزینه سلامت پایین‌تر می‌باشد.

نتایج بررسی سازمان جهانی بهداشت بر روی حساب‌های ملی سلامت و تولید ناخالص داخلی هم نشان دهنده اهمیت موضوع پایداری منابع و محدودیت ظرفیت مالی کشور برای تخصیص منابع مالی بیشتر به بخش سلامت است؛ بنابراین بررسی کارایی هزینه‌های بخش سلامت در تمامی سطوح، امری ضروری تلقی می‌شود. روند مهم‌ترین شاخص‌های تأمین مالی حوزه سلامت در جدول ۳ ارائه شده است.

- سهم بالای
- هزینه‌های کل
- سلامت از تولید
- ناخالص داخلی
- نشان دهنده
- در اولویت بودن
- بخش سلامت
- با توجه به شرایط
- اقتصادی کشور
- (در سال‌های
- آغازین طرح تحول
- سلامت) است.



RUSSIA

KAZAKHSTAN

MONGOLIA

CHINA

TURKEY

IRAQ

IRAN

LIBYA

EGYPT

SAUDI ARABIA

OMAN

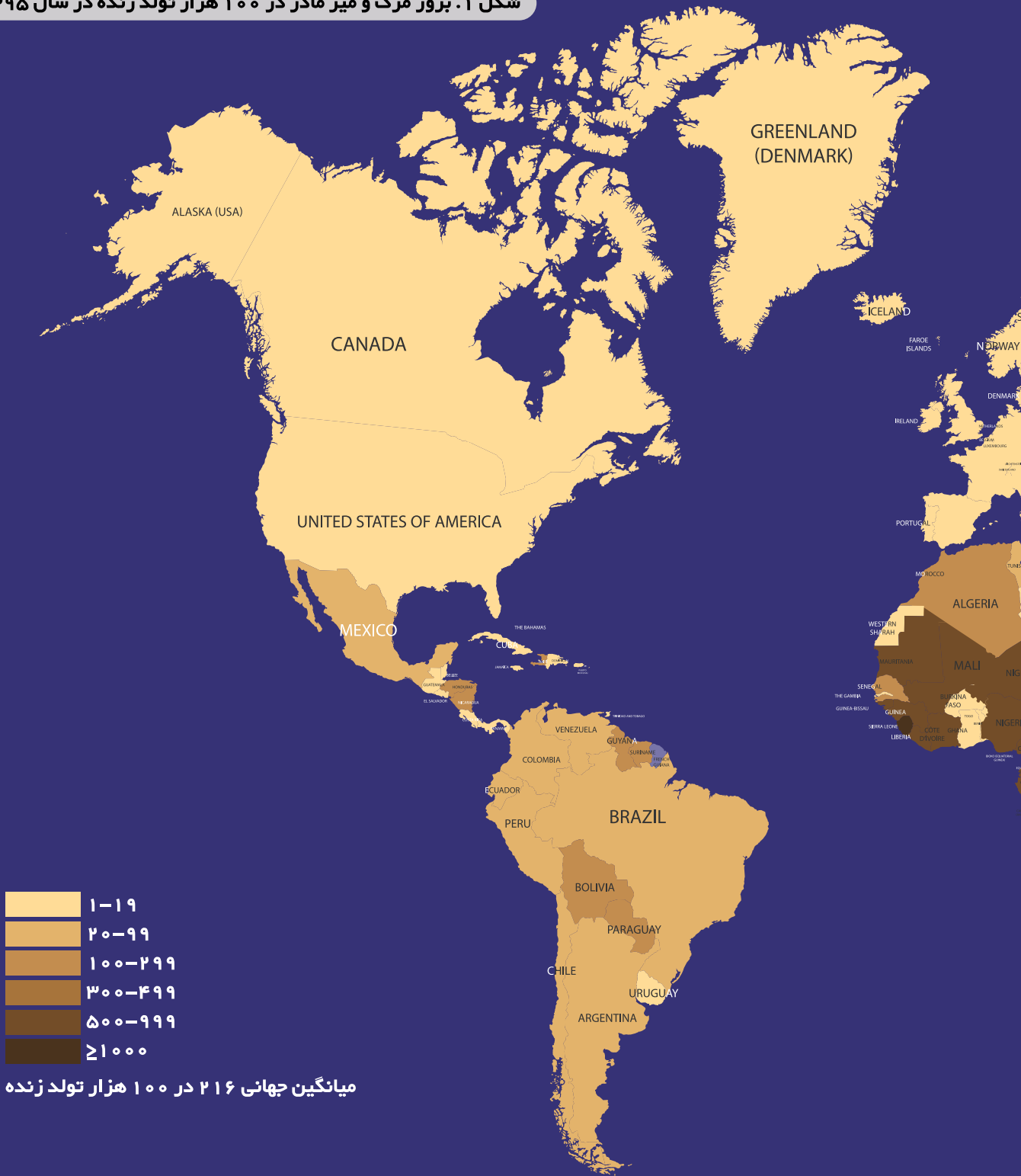
INDIA

INDONESIA

AUSTRALIA

NEW ZEALAND

شکل ۰۱. بروز مرگ و میر مادر در ۱۰۰ هزار تولد زنده در سال ۱۳۹۵



میانگین جهانی ۲۱۶ در ۱۰۰ هزار تولد زنده

در ایران مانند سایر کشورها، لازم است عوامل ناکارایی در بخش سلامت شناسایی شود تا بتوان از افزایش هزینه‌ها در آینده جلوگیری کرد و با سطح معینی از منابع، خدمات بیشتری ارائه داد. برای دستیابی به کارایی مناسب در نظام سلامت لازم است اقدامات زیر صورت گیرد:

- طراحی و اجرای بسته بیمه پایه خدمات سلامت مبتنی بر نیاز و شواهد؛
- بازبینی راهت‌های بالینی موجود و توسعه آن بر اساس بیماری‌های رایج؛
- تدوین فهرست داروهای ضروری و الزام به‌کارگیری آن به جای تجویز داروهای گران قیمت با نام تجاری؛
- ساماندهی اشتغال همزمان متخصصان در بخش خصوصی و دولتی به‌منظور کاهش تقاضای القایی و هزینه‌های سلامت؛
- تغییر روش پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت از مدل بدون سقف پرداخت به‌ازای خدمت، به مدل پرداخت مبتنی بر مورد با سقف برای بیمارستان و ایجاد سرانه برای مراقبت سلامت اولیه؛
- کنترل استفاده از خدمات سلامت از طریق طراحی و اجرای دقیق پروتکل نظام ارجاع در سطح ملی؛
- ایجاد وحدت رویه صندوق‌های بیمه سلامت و تقویت نقش نظارتی و تولیدی شورای عالی بیمه سلامت.

## بیمه‌های سلامت در ایران

در ایران بیمه‌های سلامت به دو دسته کلی «بیمه پایه» و «بیمه تکمیلی» تقسیم می‌شوند و عمده‌ترین سازمان‌های بیمه‌ای پایه عبارتند از: سازمان بیمه تأمین اجتماعی، بیمه درمانی نیروهای مسلح، سازمان بیمه سلامت ایران و کمیته امداد امام خمینی (ره).

بیمه‌های سلامت تحت قوانین و سیاست‌گذاری‌های شورای عالی بیمه سلامت که متشکل از تمامی ذینفعان است، فعالیت می‌کنند. این شورا و دبیرخانه آن در آبان ماه ۱۳۹۶ از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منفک و به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ملحق شد.

بر اساس اطلاعات به‌دست آمده از گزارش‌های رسمی سازمان‌های بیمه‌گر، در سال ۱۳۹۴ از جمعیت تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه، ۴۷/۹۲ درصد تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران، ۴۴/۶۴ درصد سازمان تأمین اجتماعی، ۱/۵۳ درصد کمیته امداد امام خمینی (ره) و ۵/۹۱ درصد تحت پوشش بیمه سلامت نیروهای مسلح بوده‌اند.

بسته خدمات پایه بیمه‌های سلامت را می‌توان فهرستی از خدمات و کالاهای سلامتی برشمرد که با توجه به ملاحظات اقتصادی، سیاسی و اجتماعی علاوه بر قابلیت ارائه در کشور، طی یک فرآیند تصمیم‌گیری و چانه‌زنی، تعیین و هزینه آنها توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تأمین می‌شود. اهمیت تدوین و اعلام بسته‌های مورد تعهد بیمه همگانی، به‌صورت رسمی برای نخستین بار در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی که در سال ۱۳۷۳ به تصویب رسیده است، مورد اشاره قرار گرفت.

کارایی نظام سلامت؛

مهم‌ترین راهکار

برون رفت از

افزایش هزینه‌ها

به موجب ماده ۱۰ همان قانون، حداقل سطح خدمات پزشکی و دارویی مشتمل بر خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان‌های بیمه‌گر قرار می‌گیرد و فهرست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) است به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی و تصویب هیأت وزیران تعیین و اعلام می‌شود.

عدم توجه به موارد فوق و پوشش ناکارآمد بیمه‌ای از چالش‌هایی است که منجر به افزایش سهم مردم از هزینه‌های سلامت می‌شوند؛ چنان که با وجود تحت پوشش بیمه بودن ۹۳ درصد از جمعیت کشور، سهم منابع بیمه از کل هزینه‌های سلامت حدود ۲۸ درصد است. نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان در سطوح مختلف ارائه خدمات سلامت در کشور نیز متفاوت است؛ متون علمی و نیز توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت، بهره‌گیری از نظام پرداخت سرانه در سطح یک، ارائه خدمت و نظام پرداخت مبتنی بر گروه‌های تشخیصی مرتبط در سطوح دو و سه را به عنوان کارآمدترین نظام‌های پرداخت پیشنهاد می‌کنند. سیاست‌های وزارت بهداشت پس از اجرای طرح تحول سلامت به سمت اجرایی کردن این دو نظام پرداخت است که این موضوع می‌تواند گام بلندی در جهت افزایش کارایی نظام سلامت کشور محسوب شود. با توجه به وضعیت موجود تأمین مالی نظام سلامت، ضرورت دارد نظام بیمه‌ای به سمت اجرای سیاست‌های خرید راهبردی خدمات سلامت گام بردارد؛ اجرای این سیاست‌ها می‌تواند نقش نظام بیمه‌ای کشور را از طریق افزایش کارایی در تخصیص منابع، در تأمین منابع مالی پایدار حوزه سلامت ارتقاء بخشد.

**با وجود تحت**

**پوشش بیمه بودن**

**۹۳ درصد از**

**جمعیت کشور، سهم**

**منابع بیمه از کل**

**هزینه‌های سلامت**

**حدود ۲۸ درصد**

**است.**

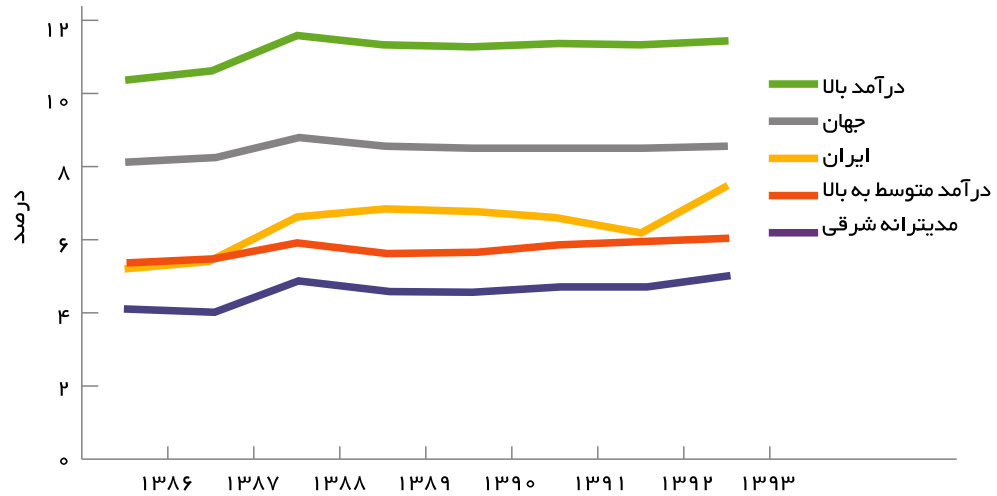
**جدول ۳. مهم‌ترین شاخص‌های تأمین مالی حوزه سلامت**

۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	
۸/۷	۷/۵	۶/۱	۶/۵	۶/۸	۷/۱	۷	سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی (درصد)
۴/۶	۳/۷	۲/۴	۲/۲	۲/۴	۲/۴	۲/۷	سهم هزینه سلامت دولت عمومی از تولید ناخالص داخلی (درصد)
۳/۴	۲/۹	۲/۹	۳/۶	۳/۸	۴/۱	۳/۸	سهم بخش خصوصی در سلامت از تولید ناخالص داخلی (درصد)
۱۵۵۷	۱۳۶۶	۱۰۹۶	۱۲۴۵	۱۲۳۳	۱۲۳۳	۱۱۲۰	سرانه هزینه کل سلامت (دلار بین‌المللی)
۷۹۹	۶۸۰	۴۲۷	۳۸۲	۴۳۳	۴۱۶	۴۲۶	سرانه هزینه سلامت دولت عمومی (دلار بین‌المللی)
۵۹۳	۵۲۹	۵۱۵	۶۲۷	۶۹۱	۷۱۷	۴۱۶	سرانه پرداختی از جیب (دلار بین‌المللی)
۵۱/۳	۴۹/۸	۳۹	۳۳/۳	۳۵/۱	۳۳/۷	۳۸	سهم هزینه سلامت دولت عمومی از هزینه کل سلامت (درصد)
۲۸	۲۴/۱	۱۹/۷	۱۷/۸	۱۵/۱	۱۶	۱۶/۸	سهم صندوق‌های تأمین اجتماعی از هزینه دولت عمومی (درصد)
۳۵/۱	۳۸/۷	۴۷	۵۴/۸	۵۶	۵۸/۲	۵۴/۸	سهم پرداختی از جیب از هزینه کل سلامت (درصد)
۷۷/۳	۷۷/۲	۷۷	۸۲/۱	۸۶/۳	۸۷/۸	۸۸/۴	سهم پرداختی از جیب از هزینه بخش خصوصی (درصد)

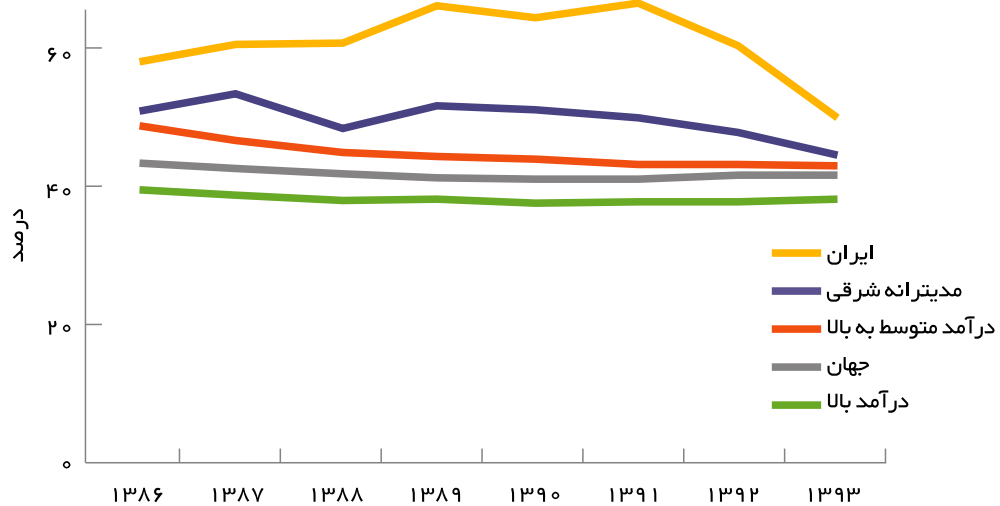


در ادامه مقایسه مهم‌ترین شاخص‌های سلامت در ایران با سایر مناطق ارائه شده است.

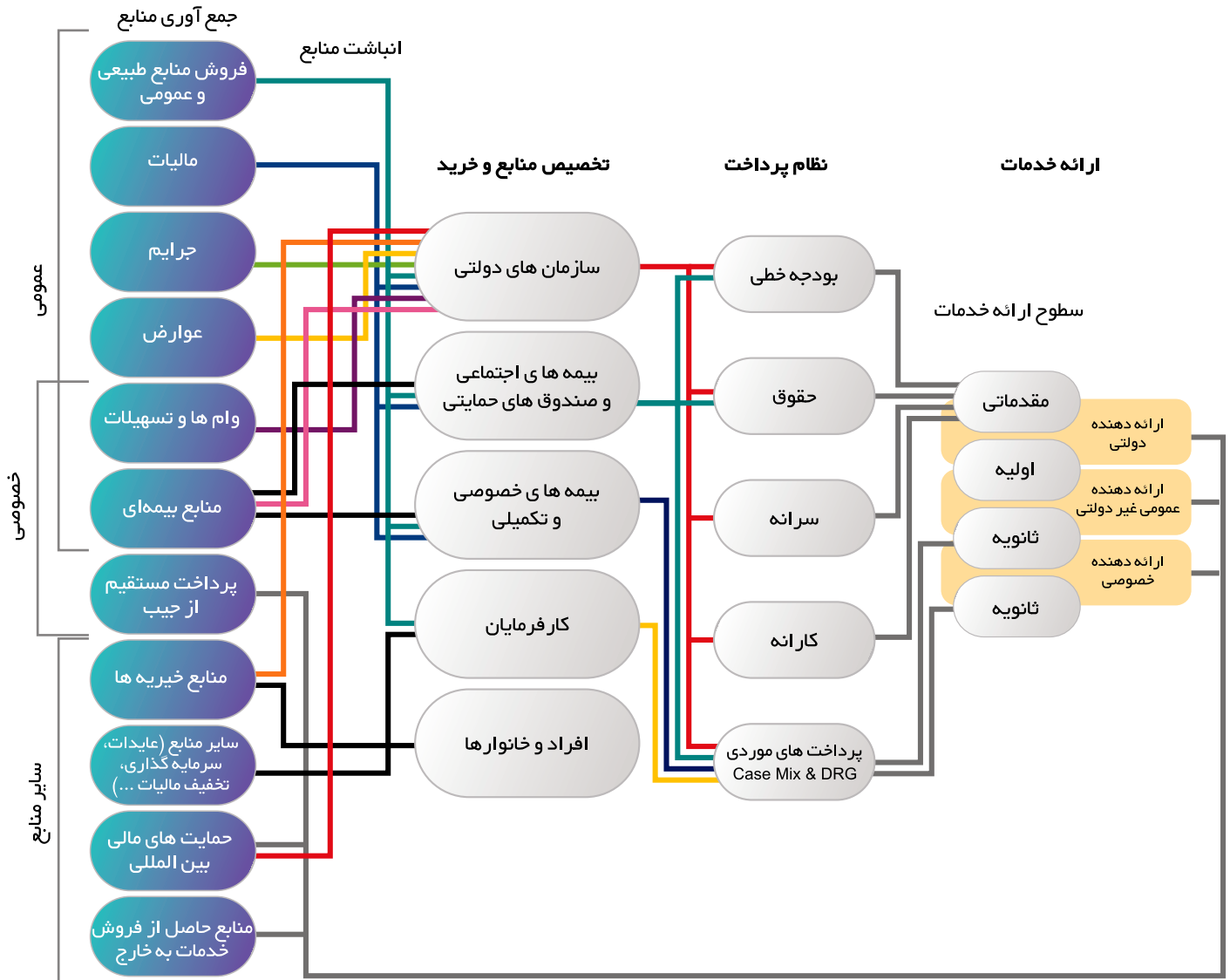
نمودار ۴. سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۳



نمودار ۵. سهم هزینه بخش خصوصی (پرداخت از جیب، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۳



شکل ۲. مدل مفهومی جریان مالی نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران





## فصل دوم

### طرح تحول سلامت

مداخلات اجرا شده در طرح تحول نظام سلامت

(مهم ترین اقدامات نظام سلامت به دنبال اجرای طرح تحول نظام سلامت در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت)



## معرفی طرح تحول سلامت

در این بخش، طرح تحول سلامت بر اساس ضرورت اجرا، چالش‌ها و فرصت‌های قبل از طرح در نظام سلامت، آماده‌سازی و فرایند و در نهایت اهداف طرح، معرفی شده است.

### ضرورت اجرای طرح تحول سلامت

تجربه اجرای برنامه‌های مختلف اصلاحات نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران پس از پیروزی انقلاب نشان می‌دهد هر چند این برنامه‌ها توانستند دستاوردهای مطلوبی را برای نظام سلامت به همراه داشته باشند، اما همچنان نیاز به اجرای برنامه‌های اصلاحی تا دستیابی به جایگاه مطلوب ضرورت داشت. آخرین برنامه اصلاحات نظام سلامت ایران، طرح تحول سلامت نام داشت که از سال ۱۳۹۲ برنامه‌ریزی و اجرا شد و چرایی نیاز به اجرای آن در سه دلیل به شرح زیر بیان می‌شود:

#### ۱. آغاز به کار دولت جدید و در اولویت قرار گرفتن سلامت

دولت جدید لزوم پاسخگویی به نگرانی‌ها و خواسته‌های جامعه و رهبران سیاسی کشور در زمینه سلامت را که بر رفع مشکلات ارائه خدمات سلامت، انجام اقداماتی جهت کاهش نارضایتی از ارائه خدمات سلامت، پاسخگویی به انتظارات غیرپزشکی و کاهش نگرانی‌های بیماران و خانواده‌های آنها متمرکز بود، کاملا درک کرده بود. بر همین اساس، ایجاد نظام مطلوب سلامت در برنامه‌های کاری اولویت‌دار دولت قرار گرفت. نظام مطلوب سلامت بر افزایش کیفیت زندگی ایرانیان، کاهش هزینه‌های بهداشتی و درمانی، گسترش پوشش بیمه‌های سلامت و توسعه عدالت سلامت تأکید دارد.

#### ۲. ضرورت انجام تکالیف قانونی تعیین شده در اسناد بالادستی کشور و همسویی با اهداف و برنامه‌های جهانی

در اسناد بالادستی بر تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم با محوریت عدالت تأکید زیادی شده است. همچنین موضوعاتی مانند پاسخگویی و اثربخشی، افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت نیز مورد تأکید زیادی قرار گرفته بود. با وجود تلاش برای تحقق این اهداف، بسیاری از وظایف قانونی به صورت کامل انجام نشده بود. همچنین پایبندی به تحقق اهداف تدوین شده در سطح بین‌المللی، مانند اهداف پوشش همگانی سلامت، مهم‌ترین اهدافی بود که کشور برای تحقق آن باید برنامه‌ریزی می‌کرد.

#### ۳. ضرورت ارتقای عملکرد نظام سلامت، با توجه به وضعیت ارائه خدمات

به گواه شواهد موجود و نیز نظرات دست‌اندرکاران باتجربه، نظام سلامت ایران قبل از اجرای طرح تحول سلامت به دستاوردهای مهمی دست یافته بود؛ اما همچنان با مشکلات و چالش‌هایی در

آخرین برنامه

اصلاحات نظام

سلامت ایران، طرح

تحول سلامت نام

داشت که از سال

۱۳۹۲ برنامه‌ریزی

و اجرا شد.

در اسناد بالادستی

بر تحقق رویکرد

سلامت همه جانبه و

انسان سالم با

محوریت عدالت

تأکید زیادی شده

است.

کارکردهای اصلی نظام سلامت روبه رو بود که مانع از تحقق کامل اهداف نظام سلامت می‌شد. مجموع این مشکلات که حکایت از وجود فاصله تا تحقق کامل پوشش همگانی سلامت در ابعاد حفاظت مالی و پوشش خدمات برای تمام جمعیت داشت، دست به دست هم داده، حوزه‌های مربوط به ارائه خدمات سلامت را در کشور نامتعادل ساخته بود و روبه روز بر نارضایتی مردم از این حوزه‌ها می‌افزود. این مشکلات نظام سلامت، در پی ایجاد شرایط خاص کشور در سال ۱۳۹۲ شدت گرفت؛ زمانی که تنگنای مالی و وضعیت نامطلوب اقتصادی، بخش‌های مختلف کشور را در بر گرفته و کشور با حجم بالای بدهی‌های به‌جامانده از سال‌های قبل مواجه بود، ارزش پول ملی در مقابل افزایش ناگهانی قیمت دلار کاهش یافته بود و کشور با جهش تورم و تحریم‌های مختلف اقتصادی روبه رو شده بود. مشکلات نظام سلامت در حوزه‌های مختلف یکسان نبود و آنگونه که شواهد نشان می‌دهد، وخامت اوضاع در حوزه ارائه خدمات درمانی و تأمین دارو در بیمارستان‌ها بیشتر بود. شدت این مشکلات در کنار وسعت آنها که با توجه به جایگاه بیمارستان‌ها در ارائه خدمات درمانی و بامراجعه آنها مشهود است، فعالیت عادی و معمول بخش بزرگی از نظام سلامت را به صورت جدی مختل ساخت و وضعیت آن را در شرایط کاملاً بحرانی قرار داد.

وضعیت بحرانی نظام سلامت از یک سو و استراتژیک بودن موضوع ارائه خدمات سلامتی از سوی دیگر، اقدام فوری برای ایجاد تغییراتی در نظام سلامت را ضروری ساخت.

**وضعیت بحرانی  
نظام سلامت از یک  
سو و استراتژیک  
بودن موضوع ارائه  
خدمات سلامتی از  
سوی دیگر، اقدام  
فوری برای ایجاد  
تغییراتی در نظام  
سلامت را ضروری  
ساخت.**

## خلاصه‌ای از چالش‌ها و فرصت‌های نظام سلامت قبل از طرح تحول سلامت

### ● قوت‌ها

۱. برخورداری از تجربه اجرای برنامه‌های اصلاحات نظام سلامت، مانند شبکه مراقبت‌های اولیه سلامتی، ادغام آموزش پزشکی، اصلاحات بیمارستانی و ...؛
۲. بهبود درخور توجه در وضعیت‌های سلامت، به‌ویژه در راستای افزایش امید زندگی، کاهش مرگ و میر مادران و اطفال و شاخص توسعه انسانی؛
۳. دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامتی در مناطق روستایی، از طریق تسهیلات ارائه خدمات سلامت در روستا؛
۴. انجام برخی اقدامات برای اصلاح ارائه خدمت در مناطق شهری؛
۵. وجود منابع انسانی سلامت متخصص؛
۶. توانایی تولید برخی از واکنش‌های اصلی، با توجه به سیاست اقتصاد مقاومتی؛
۷. برخورداری از سامانه کارآمد مدیریت عملکرد، تولید باکیفیت و کنترل کیفی در تولیدات دارویی؛
۸. وجود نظام‌های مراقبت از بیماری‌های واگیردار که امکان مدیریت و کنترل بیماری‌های نوپدید را فراهم می‌آورد؛
۹. دسترسی به ساختار مدیریت حوادث غیرمترقبه، برای آمادگی و واکنش سریع در سطوح ملی، استانی و منطقه‌ای؛
۱۰. اجرای برنامه ملی آمادگی حوادث بیمارستانی و ارزیابی ایمنی بیمارستان؛
۱۱. افزایش سریع تعداد دانش‌آموختگان جدید پزشکی و پیراپزشکی.

## ضعف‌ها

۱. تولید و حاکمیت ضعیف نظام سلامت؛
۲. ضعف در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از بخش خصوصی و کمبود نظام‌های اطلاعاتی، به‌ویژه در بیمارستان‌ها؛
۳. توجه کم به مشارکت مردم و بخش غیردولتی در ارائه خدمات سلامت؛
۴. پایین بودن سهم هزینه‌های کلی سلامت از تولید ناخالص داخلی؛
۵. پوشش ناکافی در ابعاد مختلف بسته‌های خدمات سلامت، جمعیت و هزینه‌های خدمات سلامت؛
۶. بالابودن سهم پرداخت از جیب مردم برای هزینه‌های سلامت؛
۷. شیوع بالای پرداخت‌های غیررسمی برای هزینه‌های سلامت؛
۸. منطقی نبودن تعرفه‌گذاری خدمات سلامت؛
۹. اشتغال همزمان پزشکان در بخش دولتی و خصوصی؛
۱۰. اجرای ناکامل نظام سطح‌بندی خدمات و پیاده‌سازی نظام ارجاع؛
۱۱. پوشش ضعیف مراقبت‌های اولیه سلامتی در شهرها و حاشیه شهرها؛
۱۲. سطح نامطلوب کیفیت خدمات و مراکز ارائه‌دهنده خدمات، به‌ویژه در بخش دولتی؛
۱۳. دسترسی محدود یا نبود دسترسی به خدمات درمانی، به‌ویژه در مناطق کم‌برخوردار؛
۱۴. بهره‌مندی محدود و گاهی نبود بهره‌مندی از خدمات سلامت؛
۱۵. وجود کمبودهای شدید دارویی، به همراه مشکل گرانی دارو؛
۱۶. واردات بی‌رویه دارو و نظارت ناکافی بر کیفیت داروهای وارداتی؛
۱۷. مشخص نبودن قیمت دارو و تجهیزات پزشکی و نبود نظارت بر کیفیت آن؛
۱۸. ناکافی بودن منابع انسانی، مالی و فیزیکی سلامت؛
۱۹. عدم توجه به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت در مقایسه با بعد جسمی سلامت؛
۲۰. ضعف پوشش بیمه‌ای خدمات دارویی و درمانی حوزه سلامت؛
۲۱. همپوشانی فعالیت‌های سلامت با سایر سازمان‌ها و ارگان‌ها.

## فرمت‌ها

۱. ابلاغ سیاست‌های کلان سلامت، توسط مقام معظم رهبری؛
۲. اعلام استراتژی پوشش همگانی سلامت، به عنوان یک راهبرد جهانی؛
۳. توجه به سلامت، به عنوان موضوعی بین‌بخشی در اسناد بالادستی؛
۴. تعهد دولت جدید به سلامت، به عنوان اولویت اصلی؛
۵. اجرای مرحله دوم قانون هدفمندی یارانه‌ها؛
۶. برخورداری از پتانسیل بخش خصوصی که در صورت قانونمندشدن، می‌توانست در ارائه خدمات سلامت کمک‌رسان باشد؛
۷. افزایش سطح آگاهی و انتظارات مردم؛
۸. رشد روزافزون تولید شواهد و تصمیم‌گیری آگاه و مبتنی بر شواهد؛
۹. وجود روحیه تلاش برای رقابت با دیگر کشورها، برای دستیابی به جایگاه برتر؛
۱۰. تقویت همکاری با سازمان‌های منطقه‌ای و بین‌المللی.



### چالش‌ها

۱. اثرات منفی تحریم‌ها بر شرایط اقتصادی و اجتماعی؛
۲. کاهش ارزش پول ملی و افزایش چند برابری نرخ ارز در سال‌های قبل از اجرای طرح تحول سلامت؛
۳. افزایش میزان عوامل خطر در میان جمعیت که باعث افزایش بیماری‌های غیرواگیر، به خصوص بیماری‌های قلبی و عروقی و سرطان شده است؛
۴. رشد شهرنشینی و اثرات آن بر سلامت، به‌ویژه در زمینه بیماری‌های غیرواگیر و حوادث ترافیکی؛
۵. تعدد صندوق‌های بیمه‌ای سلامت که باعث افزایش هزینه‌های مدیریتی، مدیریت دشوار و انباشت خطر ناکافی و بدهی به دولت می‌شود؛
۶. کمبود مشارکت بین بخشی برای توسعه سلامت؛
۷. بیکاری، اعتیاد، اختلالات روان‌شناختی، آسیب‌های اجتماعی، افزایش طلاق، مهاجرت، حاشیه‌نشینی و پوشش ناکافی بیمه‌های اجتماعی؛
۸. رویارویی با حوادث غیرمترقبه مانند خشکسالی‌های دوره‌ای، سیل و زلزله.

### آماده‌سازی و فرایند اجرای طرح تحول سلامت

در برنامه دولت یازدهم، دو راهبرد کلان و یازده اولویت راهبردی برای حوزه سلامت وجود داشت. نگاهی به این راهبردها و اولویت‌ها نشان می‌دهد پیشنهاد این موارد در برنامه دولت، با توجه به تحلیل وضع موجود نظام سلامت در آن زمان صورت گرفته و تمام تلاش دولتمردان بر آن بوده که با توجه به تجارب موجود، مشکلات مزمن نظام سلامت را تا حد امکان رفع کنند.

به دنبال اعلام برنامه‌های رئیس‌جمهور در حوزه سلامت، وزیر پیشنهادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برنامه حوزه سلامت را تنظیم کرد و برای اخذ رأی اعتماد، به مجلس شورای اسلامی ارائه داد. تحلیل محتوای برنامه پیشنهادی حکایت از آن دارد که دستاوردها و چالش‌های نظام سلامت مدنظر قرار داده شد و براساس آن، هدف برنامه پیشنهادی، تأمین، حفظ و ارتقای سلامت همگانی با اجرای مراقبت‌های اولیه سلامت از طریق تقویت و ارتقای نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی تعیین شد. پس از اخذ رأی اعتماد، تلاش برای عملیاتی کردن این برنامه و طرح ریزی اقدامات و تحولات اساسی در نظام سلامت، آغاز شد.

سرآغاز این تلاش‌ها، اقدامات متعدد در زمینه تأمین منابع مالی بود که این منابع در ابتدا برای کنترل بحران مالی دارو مصرف شد. در راستای اصلاح تأمین منابع مالی سلامت، اقدامات متعددی در زمینه تأمین و پایداری منابع مالی انجام پذیرفت که مجموع این اقدامات توانست بستر لازم را برای اجرای طرح تحول سلامت فراهم کند. با توجه به پیامد تحریم‌ها بر بازار دارو و لوازم مصرفی پزشکی و بحرانی شدن اوضاع این بازار، در زمانی کوتاه مشکل کمبودهای شدید دارویی مرتفع شد و برای تداوم تأمین دارو و کنترل قیمت اقدامات دیگری انجام شد.



مبنای تعیین
اولویت‌های طرح
تحول سلامت،
اسناد بالادستی،
وضعیت موجود نظام
سلامت و مطالبات
اصلی مردم از این
حوزه بود.

در ادامه تدوین برنامه طرح تحول سلامت، از مهرماه سال ۱۳۹۲، جلسات متعدد شورای سیاست‌گذاری برای ارائه طرح کاملی به منظور تحقق اهداف پیشگفت برگزار شد. اصل نامحدود بودن نیازها و محدود بودن منابع، تلاش‌ها را به سمت فهرست کردن اولویت‌های تحول در نظام سلامت برد؛ این کار باتوجه به تجربه‌های پیشین و نیز تجربه‌های موفق بین‌المللی کشورهای در حال توسعه و تکیه بر رویکردی مبتنی بر شواهد انجام گرفت. مبنای تعیین این اولویت‌های اسناد بالادستی، وضعیت موجود نظام سلامت و مطالبات اصلی مردم از این حوزه بود. این تلاش‌ها در آبان‌ماه ۱۳۹۲ منجر به اخذ مصوبه‌ای از هیئت دولت شد که مقرر می‌داشت کارگروهی به نام کارگروه تحول به ریاست معاون اول رئیس جمهور و عضویت معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور و وزیران بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، امور اقتصادی و دارایی و نفت به منظور رسیدگی به امور مهم در حوزه سلامت تشکیل شود. بررسی امکان اجرای طرح تحول سلامت و هماهنگی دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط، اتخاذ تصمیمات لازم در خصوص برنامه‌های تکمیل پوشش بیمه همگانی و احیای بیمه پایه سلامت، استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت در تمامی روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری، ارائه رایگان خدمات بستری در بیمارستان‌های دولتی و ارتقای کیفیت خدمات درمانی در آن‌ها و سایر برنامه‌های مربوط به نظام سلامت در دستور کار کارگروه مذکور قرار گرفت. بررسی این کارگروه نشان داد که محدودیت منابع و نیز وضعیت بحرانی ارائه خدمات بیمارستانی، امکان اجرای هم‌زمان و یک‌باره برنامه تحول را میسر نمی‌ساخت و بهتر است ضمن در نظر داشتن نقشه راه تحول، اقدامات به صورت تدریجی عملیاتی شود. با اجرای مرحله دوم قانون هدفمندسازی یارانه‌ها، مصوبه‌ای دیگر در بهمن‌ماه ۱۳۹۲ ابلاغ شد، مبنی بر این که کارگروهی به نام کارگروه سلامت با حضور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس)، وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی، وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور تشکیل شود. با ابلاغ این مصوبه، فعالیت کارگروه دوم در قالب کارگروه سلامت ادامه یافت که ترکیبی متفاوت از کارگروه نخست داشت، کارگروه دوم با برگزاری جلسات، برنامه‌های پیشنهادی خود را ارائه داد. برون داد فعالیت‌های کارگروه سلامت در اسفندماه ۱۳۹۲ منجر به تهیه دو بسته الف و ب شد. بسته‌های پیشنهادی الف و ب به ترتیب مشتمل بر ۱۶ و ۱۰ برنامه به همراه بار مالی آن بود که ناظر بر تحولاتی در زمینه ارائه خدمات سلامت (اعم از خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت و بالینی) می‌شد. پس از حذف برخی موارد، بسته ب مورد قبول واقع شد و سرانجام پس از تصویب آئین‌نامه اجرایی تبصره ۲۱ قانون بودجه سال ۱۳۹۳ و آماده شدن پیش‌نویس یک از برنامه‌های دستورالعمل و برنامه اجرایی هر مصوبه، در اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ به تصویب هیئت دولت رسید و برای اجرا به سازمان‌های مربوطه ابلاغ شد. عمده تمرکز برنامه‌های مصوب در این زمان، خدمات سطح دوم و سوم بوده و هدف نهایی این برنامه‌ها رسیدن به پوشش همگانی سلامت بود.

اهداف کلان اجرای این برنامه‌ها در ادامه آورده شده است.

## اقدامات و اهداف کلی طرح تحول سلامت

طرح تحول نظام سلامت دارای شش هدف کلان است که عبارتند از:

۱. تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت؛

۲. حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت؛

۳. افزایش دسترسی عادلانه به خدمات و مراقبت‌های سلامتی با کیفیت؛

۴. بهبود عملکرد نظام ارائه خدمات؛

۵. ارتقای فرابخشی سلامت؛

۶. افزایش رضایتمندی مردم به عنوان هدف نهایی.

این اهداف در قالب مداخلات و اقدامات مهمی که به دنبال اجرای اصلاحات (طرح تحول سلامت) در حوزه سلامت صورت گرفت، دنبال شد و هدف نهایی این اقدامات پوشش همگانی سلامت بود.

اجرای طرح تحول سلامت در قالب مداخلاتی که در اصطلاح بسته خوانده شدند، انجام گردید.

در ادامه، مهم‌ترین بسته‌ها که در حیطه وظایف معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر سلامت قرار گرفته‌اند، معرفی و به تفصیل شرح داده می‌شوند (عنوان این بسته‌ها در جدول ۴ ارائه شده است).

لازم به ذکر است که موارد ارائه شده در این گزارش جامع مهم‌ترین بسته‌های همسو با پوشش همگانی سلامت هستند و بدیهی است اقدامات و مداخلات دیگری هم در قالب پشتیبان یا بسته‌های کمکی انجام گرفته که در این گزارش ارائه نشده است.

**هدف نهایی**  
**مداخلات پیشنهادی**  
**در طرح تحول**  
**سلامت، رسیدن به**  
**پوشش همگانی**  
**سلامت است.**

جدول ۴. بسته‌های اجرایی طرح تحول سلامت برای همسویی با پوشش همگانی سلامت

ردیف	بسته اجرا شده	مسئول اول اجرای بسته	اثر بر پوشش همگانی سلامت
۱	بیمه کردن جمعیت فاقد پوشش بیمه سلامت	معاونت درمان و سازمان بیمه سلامت ایران	حفاظت مالی
۲	حفاظت مالی از بیماران بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	معاونت درمان	حفاظت مالی
۳	ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و توسعه کلینیک‌های ویژه	معاونت درمان	افزایش پوشش خدمات
۴	حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم	معاونت درمان	افزایش پوشش خدمات
۵	حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	معاونت درمان	افزایش پوشش خدمات
۶	اجرای سیاست‌های جمعیتی و ترویج زایمان طبیعی	معاونت درمان	حفاظت مالی
۷	توسعه اورژانس هوایی	معاونت درمان	حفاظت مالی
۸	بسته ارتقای کیفیت هتلینگ (اقامت و خدمات) در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	معاونت درمان	افزایش پوشش خدمات
۹	ارائه خدمت به روستاییان، عشایر و شهرهای دارای جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر	معاونت بهداشت	حفاظت مالی
۱۰	برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) به حاشیه نشینان و شهرهای دارای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت (اصلاح و هماهنگ سازی روش ارائه خدمات سلامت)	سازمان بیمه سلامت ایران و معاونت بهداشت	افزایش پوشش خدمات
۱۱	تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران	معاونت بهداشت	افزایش پوشش خدمات
۱۲	استقرار نظام ارجاع الکترونیک خدمات سلامت و سامانه سیب	معاونت بهداشت	افزایش پوشش خدمات
۱۳	حمایت از داروهای تولید داخل و افزایش سهم داروهای تولید داخل از بازار دارویی	سازمان غذا و دارو	حفاظت مالی

در ادامه هر بسته به تفصیل شرح داده شده است و در توصیف هر بسته ابتدا اسناد بالادستی مرتبط، سپس وضعیت بسته قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت ارزیابی شده است.



حوزه درمان

## بیمه کردن جمعیت فاقد پوشش بیمه سلامت

### اسناد بالادستی مرتبط با بسته

الف- قانون بیمه همگانی خدمات سلامت در ایران  
این قانون «مصوب سوم آبان ۱۳۷۳ (نزدیک به بیست سال قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت) توسط مجلس شورای اسلامی» می باشد. ماده مرتبط با این قانون عبارت است از:

#### ماده ۴

دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات سلامت هستند، فراهم نماید. پوشش و تعمیم بیمه خدمات سلامت برای کلیه گروه‌های مشمول این قانون حداکثر ظرف پنج سال پس از تصویب این قانون با اولویت نیازمندان و روستائیان طبق موازین انجام خواهد شد.

### ب- سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری

ابلاغ در هجدهم فروردین ۱۳۹۳ (یک ماه پیش از اجرای طرح تحول نظام سلامت)

۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف:

۱-۹- همگانی ساختن بیمه پایه درمان.

۲-۹- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.

### وضعیت پوشش بیمه همگانی سلامت قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

طبق مطالعات انجام شده توسط مؤسسه ملی تحقیقات در سال ۱۳۸۹، در کل کشور ۱۶/۸ درصد از مردم فاقد پوشش بیمه پایه بودند که البته در برخی استان‌ها مانند تهران، قم و البرز، این عدد به بیش از ۲۵ درصد می رسید.

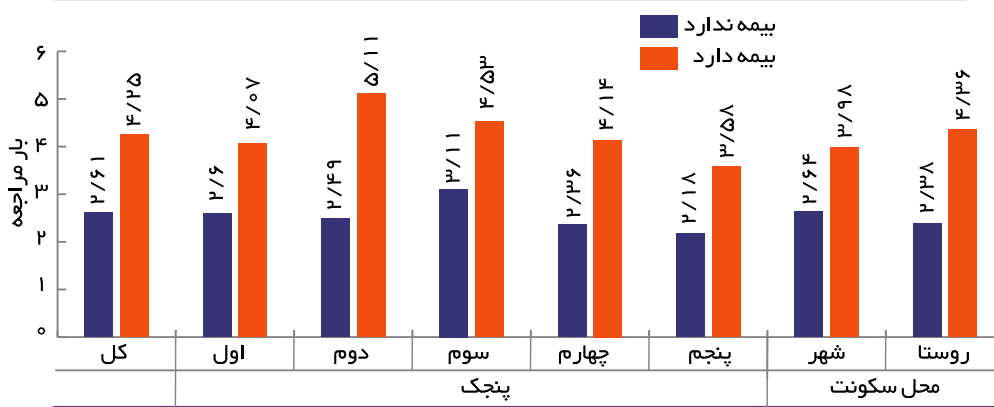
علیرغم تصویب قانون بیمه خدمات سلامت همگانی در مجلس شورای اسلامی و گذشت سال‌ها از پایان مهلت قانونی آن برای پوشش همگانی توسط بیمه‌های پایه‌ای درمان، این مهم تا قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت محقق نشده بود.

باید توجه داشت که یکی از عوامل مهم و تعیین کننده در دسترسی به خدمات سلامت، فراهم بودن شرایط مالی خرید خدمت توسط افراد دارای سطوح درآمدی مختلف است. به بیان دیگر دسترسی به خدمات سلامت در نبود توان مالی برای استفاده از آن، به معنای عدم بهره مندی از آن خدمت است.

دسترسی به خدمات سلامت در نبود توان مالی برای استفاده از آن، به معنای عدم بهره‌مندی از آن خدمت است. همان اتفاقی که طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ رخ داد و شاهد کاهش بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت به دلیل عدم توانایی مالی آنها برای خرید این خدمات بودیم.

همان اتفاقی که طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ رخ داد و شاهد کاهش بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت به دلیل عدم توانایی مالی آنها برای خرید این خدمات بودیم. در نمودار ۶، بار مراجعه برای دریافت خدمات سلامتی از پزشکان براساس افراد بیمه شده و بیمه نشده در سال ۱۳۹۴ نمایش داده شده است. این نمودار نشان می‌دهد افراد بیمه نشده بار مراجعه کمتری از بیمه شده‌ها دارند.

نمودار ۶. بار مراجعه برای دریافت خدمات سلامت از پزشک براساس وضعیت بیمه در سال ۱۳۹۴



بیمه بودن شاخص مهم عدالت محسوب می‌شود و گسترش عدالت در حوزه بهره‌گیری از خدمات سلامت در ایران منوط به آن است که همه اقشار بتوانند بدون دغدغه مالی، به مراقبت‌های سلامتی خود بپردازند و به دلایل مالی، خود و خانواده خود را از این خدمات محروم نکنند. این همان مهمی است که در بند ۲-۹ سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری به آن اشاره شده است.

متأسفانه عمده کسانی که فاقد بیمه پایه سلامت بودند افراد آسیب پذیر بودند که احتمالاً فاقد شغل ثابت بوده و عمدتاً نیز در مناطق حاشیه شهرها و روستاها ساکن بودند. البته صرف افزایش پوشش بیمه‌ای، از اهداف طرح تحول نبوده، بلکه افزایش اعتبار و کارکرد دفترچه‌های بیمه نیز مورد نظر بوده است.

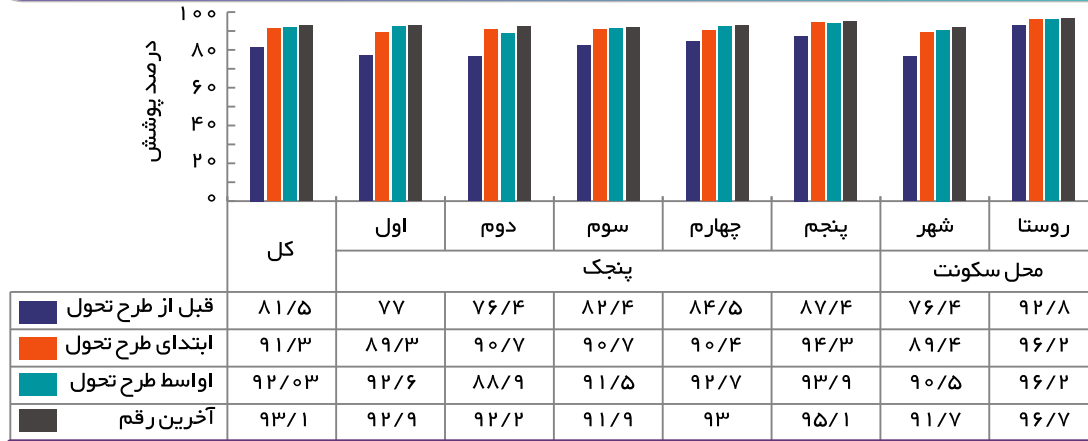
#### اجرای بسته پوشش بیمه از ابتدای طرح تحول نظام سلامت تا پایان اسفند ۱۳۹۶

با اجرای کامل قانون بیمه همگانی در دولت یازدهم و دوازدهم، ۸،۸۰۷،۶۶۳ ایرانی که از پوشش هیچ نوع بیمه سلامتی برخوردار نبودند، تحت پوشش بیمه همگانی قرار گرفتند. براساس پیمایش‌های سطح خانوار، در سال‌های قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت، وضعیت پوشش بیمه پایه خدمات سلامت مطابق نمودار ۷ می‌باشد.

با اجرای کامل قانون بیمه همگانی در دولت یازدهم و دوازدهم ۸،۸۰۷،۶۶۳ ایرانی که از پوشش هیچ نوع بیمه سلامتی برخوردار نبودند، تحت پوشش بیمه همگانی قرار گرفتند.



نمودار ۷. پوشش بیمه پایه قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت بر اساس پیمایش‌های خانوار



(قبل: ۱۳۸۹، ابتدای طرح تحول: دی ماه ۱۳۹۳، اواسط طرح تحول: شهریور ۱۳۹۴، آخرین رقم: اسفند ۱۳۹۴)

جمعیت تحت پوشش بیمه پایه بر اساس اعلام سازمان‌های بیمه در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه در سال ۱۳۹۵

ردیف	سازمان	تعداد جمعیت (نفر)	سهم از کل جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه (درصد)
۱	بیمه سلامت ایران	۳۸،۸۸۳،۳۹۸	۴۷/۹۲
۲	بیمه تأمین اجتماعی	۳۶،۲۲۱،۸۴۳	۴۴/۶۴
۳	کمیته امداد امام خمینی (ره)	۱،۲۴۵،۴۹۲	۱/۵۳
۴	بیمه سلامت نیروهای مسلح	۴،۸۰۰،۰۰۰	۵/۹۱
۵	مجموع کل بیمه شده‌ها	۸۱،۱۵۰،۷۳۳	۱۰۰
۶	همپوشانی بیمه‌های درمانی	۶،۶۷۰،۷۳۳	۲/۸ درصد کل بیمه شدگان

اجرای بیمه همگانی خدمات سلامت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اقدامات حوزه سلامت برای حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت بوده است که به تنهایی یک رویکرد عادلانه را برای نظام سلامت فراهم می‌آورد.

## حفاظت مالی از بیماران در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اسناد بالادستی مرتبط با بسته

### اصل بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی-درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره، حقی همگانی است. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم؛ خدمات و حمایت‌های مالی فوق‌را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند.

### سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری

۲-۹- پوشش کامل نیازهای پایه درمانی توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد؛  
۴-۹- تعیین بسته خدمات جامع سلامت در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خرید آنها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه و تشخیص بیماری تا درمان.

برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب دی ۱۳۸۹، اجرای ۱۳۹۴-۱۳۹۰)

### ماده ۳۴

ب- به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل ۳۰ 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، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، ۱۰ درصد خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمندکردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده می‌شود. دولت موظف است اعتبار مزبور را هر سال برآورد و در ردیف خاص در لایحه بودجه ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منظور نماید تا در موارد فوق هزینه شود.

- سیاست‌های کلی
- سلامت، ابلاغی مقام
- معظم رهبری؛
- پوشش کامل نیازهای
- پایه درمانی توسط
- بیمه‌ها برای آحاد
- جامعه و کاهش سهم
- مردم از
- هزینه‌های درمان تا
- آنجا که بیمار جز رنج
- بیماری، دغدغه و رنج
- دیگری نداشته باشد.

### وضعیت قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

متوسط سهم پرداختی بیماران از هزینه بستری تا پیش از اجرای طرح تحول نظام سلامت بالا بود. البته در مورد برخی از بیماران این رقم تا ۹۵ درصد هم می‌رسیده که اتفاقاً پرهزینه‌ترین پرونده‌ها را شامل می‌شده است. نکته قابل ذکر دیگر این که تا پیش از اجرای طرح تحول نظام سلامت، ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان برای خرید دارو، تجهیزات مصرفی و تصویربرداری‌های پزشکی، امری رایج بود که اگر هزینه‌های آنها به رقم فوق‌الذکر اضافه شود، سهم بیماران از هزینه‌های درمانی در بیمارستان بیشتر نیز می‌شده است. به عبارت دیگر هزینه‌های مستتر و اعلام نشده‌ای نیز به بیماران تحمیل می‌گردید که در هیچ صورت حسابی به آنها اشاره نمی‌شد. لذا بررسی‌ها نشان می‌دهند قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت، رخداد خطرات مالی به دنبال دریافت خدمات سلامتی در بیمارستان‌ها چشمگیر بوده است. برای شروع حفاظت مالی در برابر این هزینه‌ها، بسته تدوین شده در ابتدا در بیمارستان‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجرا شد.

### اجرای بسته حفاظت مالی از بیماران در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از ابتدای طرح تحول نظام سلامت تا پایان اسفند ۱۳۹۶

این بسته با هدف حفاظت مالی مردم (به خصوص اقشار آسیب پذیر) در برابر هزینه‌های خدمات درمانی بیمارستانی تدوین شد و کاهش سهم پرداختی بیماران از هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را هدف قرار داد. ضمن آن که حذف ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان برای دریافت و خرید خدمات تصویربرداری، پاراکلینیکی، دارو و تجهیزات نیز از اهداف دیگر این برنامه بود.

### اثر بر پرداخت مستقیم از جیب و حفاظت مالی در سطح بیماران و خانوارها

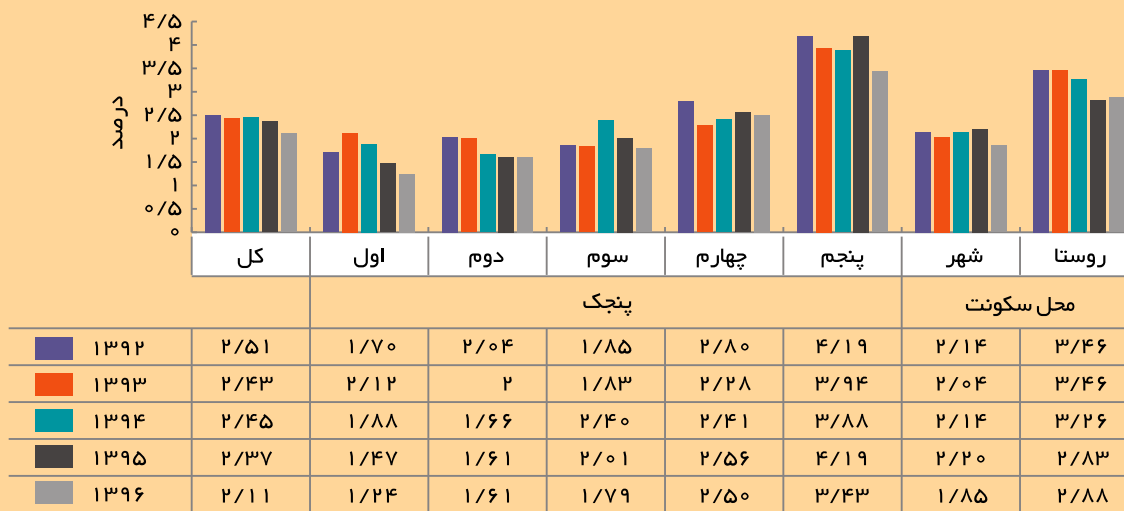
بر اساس این بسته، سهم پرداختی بیماران دارای بیمه پایه سلامت از خدمات بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مناطق شهری به ۶ درصد از کل پرونده و برای روستائینان، عشایر و ساکنان شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر به ۳ درصد از کل پرونده کاهش یافت (البته با در نظر گرفتن هزینه دارو و ملزومات، این اعداد به ۱۰ و ۵ درصد می‌رسد). با این اقدام تا پایان سال ۱۳۹۶، از ۳۲،۲۰۰،۰۰۰ بیمار بستری در سطح بیمارستان‌های دولتی، حمایت مالی به عمل آمد.

در ضمن پرداخت مستقیم از جیب خانوار از حدود ۴۷ درصد در سال ۱۳۹۲ به حدود ۳۵/۲ درصد در سال ۱۳۹۵ رسید. به طوری که در سال ۱۳۹۲ در حدود ۴۷ درصد مقادیر پرداخت شده برای هزینه‌های سلامت را مستقیماً پرداخت می‌کردند. در نمودار ۸ شاخص‌های هزینه‌های کمرشکن و در نمودار ۹ هزینه‌های فقرزا ارائه شده است.

تا پیش از اجرای طرح تحول نظام سلامت، ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان برای خرید دارو، تجهیزات مصرفی و تصویربرداری‌های پزشکی، امری رایج بود.

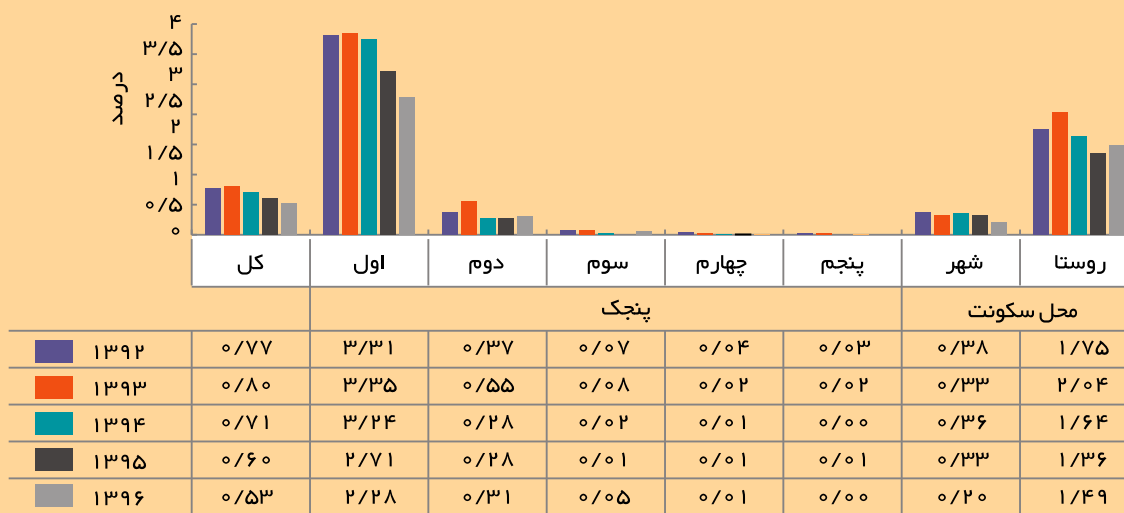
در پی اجرای طرح تحول سلامت، سهم پرداختی بیماران دارای بیمه پایه سلامت از خدمات بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مناطق شهری به ۶ درصد از کل پرونده و برای روستائینان، عشایر و ساکنان شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر به ۳ درصد از کل پرونده کاهش یافت.

نمودار ۸. بروز هزینه‌های کمرشکن براساس پنجک از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶



بعد از اجرای طرح تحول سلامت هزینه‌های کمرشکن و فقرزا کاهش پیدا کرده است.

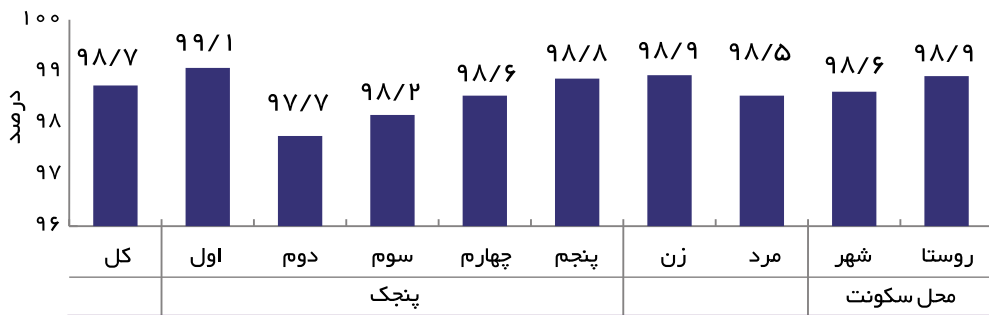
نمودار ۹. بروز هزینه‌های فقرزا براساس پنجک از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶



اقداماتی که برای کاهش پرداخت مستقیم از جیب خانوارها برای خدمات سلامتی (به‌ویژه سرپایی و بستری) اجرا شده، توانسته است تا حدود ۱۰ درصد از این پرداخت‌ها را در سطح خانوارها کاهش دهد؛ اما برای رسیدن به حفاظت مالی ۱۰۰ درصد، لازم است این پرداخت‌ها ۲۰ درصد دیگر کاهش داده شود.

بر اساس نمودارهای مذکور می‌توان نتیجه‌گیری نمود که بعد از اجرای طرح تحول سلامت دلیل برخی افزایش‌ها در رخداد هزینه‌های کمرشکن و فقرزا به دلیل افزایش در دسترس بودن خدمات بوده است و لذا افراد به دلیل این که در زمان دسترسی کمتر، نیازهای پاسخ داده نشده بیشتری داشتند، به دلیل افزایش مراجعات، هزینه‌های بیشتری را متقبل شده‌اند. ارزیابی روند مراجعات بستری به بیمارستان‌ها نشان داد که به دنبال اجرای طرح تحول سلامت، دسترسی به خدمات بستری در ایران مناسب است و بیش از ۹۸ درصد افرادی که دارای نیاز بستری بوده و مراجعه کرده‌اند، این خدمت را دریافت نموده‌اند. در نمودار ۱۰ این موضوع نمایش داده شده است.

نمودار ۱۰. افراد دارای نیاز بستری که مراجعه کرده و خدمت را دریافت نموده‌اند در سال ۱۳۹۴



بار مراجعه برای دریافت خدمات بستری (بر اساس داده‌های نظام ثبتی) در سال ۱۳۹۵، ۱۱۸/۰ بار به ازای هر نفر می‌باشد که این رقم برای بیمارستان دولتی تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۰/۰ می‌باشد.

### تأثیر عدم ارجاع بیماران و همراهان ایشان برای تهیه دارو، لوازم مصرفی و انجام خدمات تشخیصی به بیرون از بیمارستان

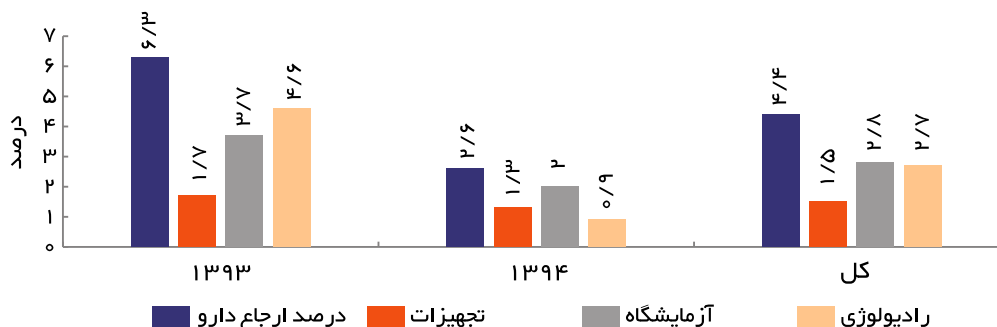
تا قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت، ارجاع بیماران و همراهان به بیرون از بیمارستان امری عادی و رایج بود. ضمن آن که بسیاری از این خدمات، تحت پوشش بیمه نبودند و یا بیمه بخش اندکی از آنها را پوشش می‌داد. از سوی دیگر عدم وجود نظام قیمت گذاری باعث شده بود لوازم پزشکی به چند برابر قیمت واقعی به بیماران فروخته شود. با اجرای این بخش از طرح تحول نظام

افراد نیازمند خدمات بستری، در صورت مراجعه به مراکز درمانی در ۹۸/۷ درصد موارد موفق به دریافت خدمت می‌شوند.

سلامت، اقلام دارویی موجود در بیمارستان‌ها از ۳۴۰ قلم به ۷۵۰ و به همین ترتیب ملزومات مصرفی از قبیل آنژیوکت، تجهیزات مصرفی و غیره نیز افزایش یافت. در واقع دیگر لازم نبود بیمار یا همراهان او برای تهیه آنها اقدام کنند. در بخش تصویربرداری نیز مواردی که در برخی بیمارستان‌ها امکان تأمین آنها وجود ندارد، در قالب زنجیره ارجاع بین بیمارستانی، بیماران به بیمارستان دارای خدمت مذکور فرستاده می‌شوند و هزینه‌ای هم بابت انتقال با آمبولانس به بیماران تحمیل نمی‌شود. البته هزینه‌های مذکور وارد پرونده بیمار شده و فقط ۱۰ درصد (شهرنشینان) و یا ۵ درصد (روستائینان) از کل هزینه را می‌پردازند.

نتیجه این بسته، کاهش مرادوات مالی بین بیمار و خدمت‌دهندگان متعدد، کاهش هزینه‌های ایشان و نیز پررنگ شدن نقش و جایگاه بیمه‌های سلامت است. چگونگی الزام و رعایت این موارد را سازمان غذا و دارو در سال ۱۳۹۲ تهیه کرد و بلافاصله بعد از شروع برنامه و در راستای اجرای مناسب، سامانه ارتباط مردمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی با هدف نظارت عموم مردم شکل گرفت و گروه‌های نظارتی وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی، کنترل مستقیم برنامه را به عهده گرفتند. اطلاع‌رسانی عمومی نیز در داخل مراکز درمانی به طرق مختلف انجام شد. در داخل زنجیره تأمین بیمارستان‌ها، برای نظارت هرچه بیشتر بر ارجاع بیمار برای خدمات تشخیصی و درمانی، فرم ارجاع به مراکز معین طراحی شد که ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌ها نظارت بر اجرای صحیح مراحل درج شده در این فرم را برعهده دارند. تریخیم بیمار در بیمارستان نیز منوط به تأیید کارشناس مقیم بیمه، مبنی بر دریافت فرانشیز به مقدار حداکثر ۱۰ درصد شده است. از زمان شروع اجرای این بسته، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت به مدت دو سال، پایش انجام داده و نتایج این ارزیابی به صورت درصد ارجاع برای خدمات یادشده، در نمودار شماره ۱۱ ارائه شده است. همانطور که نمودار نمایش می‌دهد، تمامی موارد کاهش یافته‌اند، اما هنوز به صفر نرسیده‌اند. بررسی روند ارجاع نشان می‌دهد که تمام ارجاعات در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ کاهش یافته است و بیشترین کاهش، مربوط به دارو بوده است.

نمودار ۱۱. درصد ارجاع بیماران بستری، به خارج از بیمارستان‌های دولتی در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴



با اجرای برنامه  
زنجیره تأمین، اقلام  
دارویی موجود در  
بیمارستان‌ها از  
۳۴۰ قلم به ۷۵۰ و  
به همین ترتیب  
ملزومات مصرفی  
نیز افزایش یافت.

# ۳

## ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت سرپایی و توسعه کلینیک‌های ویژه در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

### اسناد بالادستی مرتبط با بسته

برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب دی ۱۳۸۹، اجرای ۱۳۹۴-۱۳۹۰)

#### ماده ۳۴

ب- به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل ۳۰ 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 موردنیاز، ۱۰ درصد خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمندکردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده می‌شود.

#### سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری

۷-۳- تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی

### وضعیت قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

افزایش سهم پرداخت مستقیم مردم و عدم حفاظت مالی از بیماران بخش سرپایی که بخش عمده‌ای از خدمات درمانی کشور را (نسبت به خدمات بستری) شامل می‌شود، به اضافه کاهش دسترسی و بهره‌مندی مردم به این خدمات در نتیجه تمایل پایین و یا عدم تمایل پزشکان به فعالیت در بخش دولتی منجر به این شد که بیماران به‌طور معمول دریافت خدمات غیربستری را در بخش دولتی دنبال نکنند و پس از دریافت اقدامات اولیه بلا تکلیف باشند و یا خدمات درمانی سرپایی را در مطب‌های خصوصی پیگیری کنند. بنابر نتایج مطالعات، برخلاف خدمات بستری که بیش از ۸۰ درصد در بخش دولتی انجام می‌گیرد، در بخش سرپایی ۸۰ درصد ویزیت‌ها و خدمات تشخیصی درمانی در بخش خصوصی صورت می‌گیرد.

قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت نیز علی‌رغم وجود در مانگاه‌های دایر در بیمارستان‌های دولتی، اقدامی برای ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده در این بیمارستان‌ها انجام نشده بود.

برخلاف خدمات

بستری که بیش از ۸۰ درصد در بخش

دولتی انجام

می‌گیرد، در بخش

سرپایی ۸۰ درصد

ویزیت‌ها و خدمات

تشخیصی درمانی

در بخش خصوصی

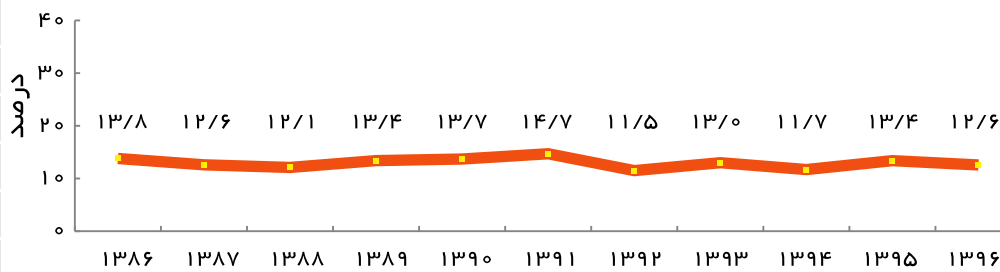
صورت می‌گیرد.

### وضعیت از ابتدای طرح تحول نظام سلامت تا پایان اسفند ۱۳۹۶

از دستاوردهای اجرای طرح تحول، الزام انجام ویزیت توسط شخص پزشک (و نه دستیار یا فرد دیگر) در داخل فضای فیزیکی درمانگاه، جلوگیری از تکرار ویزیت‌ها و انجام آزمایش‌های بی‌مورد، کاهش بستری‌ها و اعمال جراحی غیر ضروری، مکلف شدن دانشگاه‌های علوم پزشکی به توسعه و تجهیز کلینیک‌های ویژه تخصصی و فوق‌تخصصی، استانداردهای خدمات ویزیت و الزام پزشکان به رعایت این استانداردها بوده است.

نتایج اجرای بسته ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت سرپایی و توسعه کلینیک‌های ویژه، منجر به ساماندهی مراجعات به بیمارستان‌های دولتی و حفاظت مالی در برابر این هزینه‌ها شد. همان‌طور که در نمودار ۱۲ نشان داده شده است، سهم پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سرپایی بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت نسبت به قبل از اجرای آن کاهش یافته است.

نمودار ۱۲. سهم خدمات سرپایی در پرداخت مستقیم از جیب از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۶

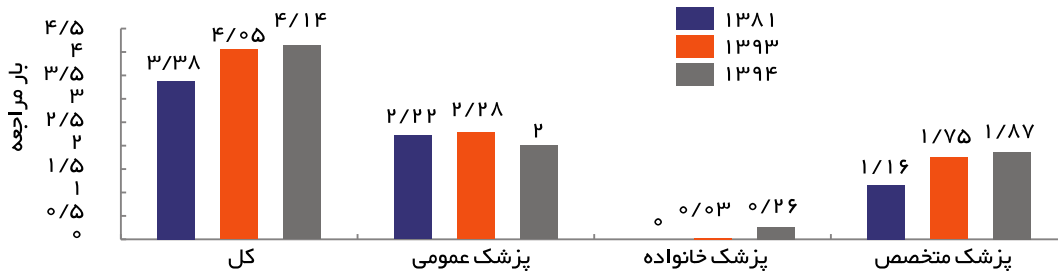


پس از این اقدام، فرضیه‌ای طرح شد که بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت، افزایش دسترسی به خدمات سرپایی، منجر به استفاده بیش از حد از این خدمات (و گاهی رخداد تقاضای القایی) می‌شود. در نمودار ۱۳ روند بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی ارائه شده است. مطابق این نمودار، طی سال‌های بررسی شده، روند بار مراجعه سرپایی در ایران تغییر چندانی نداشته است.

نتایج اجرای بسته  
ارتقاء کیفیت  
خدمات ویزیت  
سرپایی و توسعه  
کلینیک‌های ویژه،  
منجر به ساماندهی  
مراجعات به  
بیمارستان‌های  
دولتی و حفاظت  
مالی در برابر این  
هزینه‌ها شد.

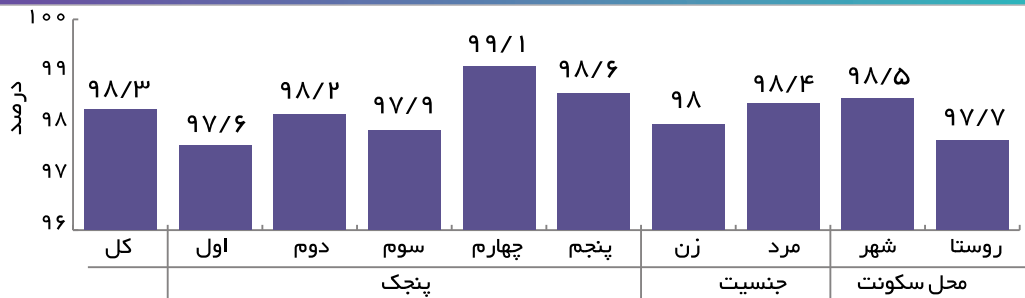


نمودار ۱۳. روند بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی در ایران در سال‌های ۱۳۸۱، ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴



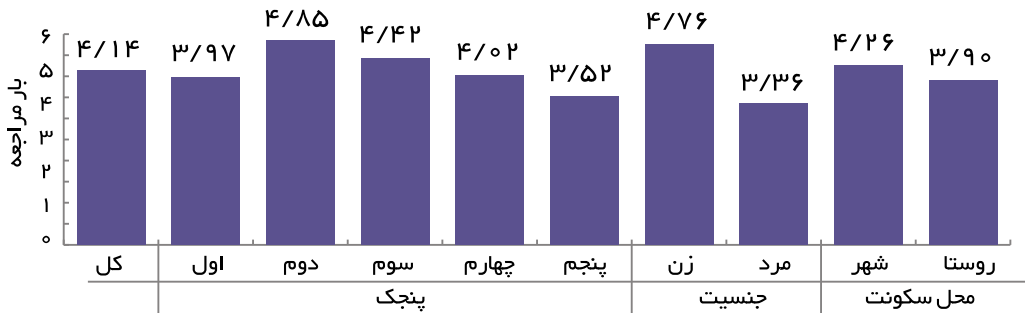
نمودار ۱۴ درصد نیازهای سرپایی را که برای دریافت آنها به مراکز ارائه خدمات مراجعه و اقدامات لازم انجام شده است، ارائه می‌کند. براساس این نمودار، در بهره‌مندی از خدمات سلامت برای دریافت نیازهای سرپایی، نابرابری مشاهده نمی‌شود و افراد در پنجگه‌های متفاوت، تقریباً تفاوت اندکی در بهره‌مندی از خدمت سرپایی دارند. این موضوع در بین ساکنین شهر و روستا هم با اختلاف ناچیزی مشاهده می‌شود.

نمودار ۱۴. درصد افرادی که برای دریافت خدمت مراجعه کرده‌اند و آن را دریافت نموده‌اند در سال ۱۳۹۴



در نمودار ۱۵ بار مراجعه به پزشک در سطوح مختلف درآمدی ارائه شده است. مطابق این نمودار، نابرابری شاخصی در بین پنجگه‌های مختلف برای دریافت خدمات سرپایی در سال ۱۳۹۴ مشاهده نمی‌شود.

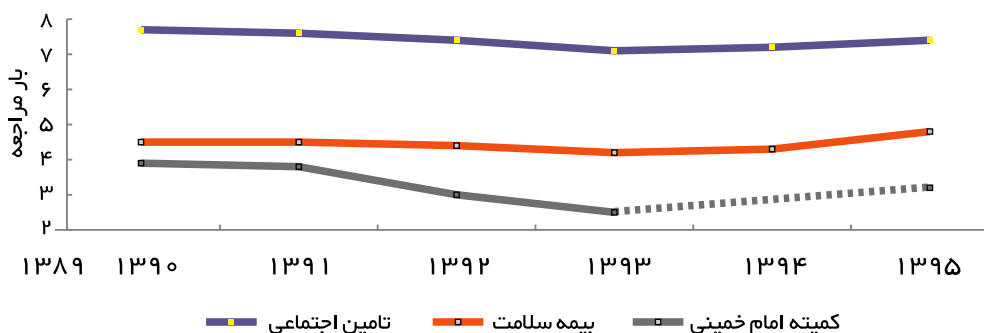
نمودار ۱۵. بار مراجعه سرپایی بر اساس پنجگه، محل سکونت و جنسیت در سال ۱۳۹۴



روند استفاده از خدمات، حاکی از این است که طی دوازده سال گذشته تعداد دفعات مراجعه به پزشکان متخصص ۱/۸ برابر شده است. در حالی که در مورد پزشکان عمومی این افزایش ۱/۲ برابر بوده است. نتیجه این که گرایش تا حدودی به بخش تخصصی خدمات بیشتر شده است.

در نمودارهای قبلی، بار مراجعه برای تمام جمعیت محاسبه شده است؛ اطلاعاتی که به دلیل عدم انجام مطالعات در سطح خانوار طی سال‌های منتهی به اجرای طرح تحول نظام سلامت، تنها برای سه سال موجود بوده است، اما با پیگیری‌های انجام شده مشخص شد این اطلاعات در بین داده‌های سازمان‌های بیمه‌گر وجود دارد. لذا در نمودار ۱۶ بار مراجعه برای تمام دریافت خدمات سرپایی (و نه فقط پزشک) بر اساس داده‌های سازمان‌های بیمه‌گر ارائه شده است.

نمودار ۱۶. بار مراجعه برای دریافت تمام خدمات سرپایی (و نه فقط پزشک) بر اساس داده‌های سازمان‌های بیمه‌گر از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵



ارزیابی اجرای این بسته در بیمارستان‌های دولتی گویای نتایج زیر می‌باشد:

- انجام ۱۵۸ میلیون بار ویزیت توسط ۱۴۰۰۰ متخصص و فوق‌تخصص در ۶۵۸ کلینیک ویژه مستقر در ۳۸۵ شهر کشور با نرخ دولتی به‌منظور دسترسی اقشار محروم و همچنین ساخت ۲۵۰ پلی‌کلینیک تخصصی جدید شامل ۶۴۴۰ مطب برای فعالیت این پزشکان؛
- راه اندازی کلینیک ویژه در ۱۲۸ شهر منطقه محروم در ۳۱ استان کشور.

انجام ۱۵۸ میلیون بار ویزیت توسط ۱۴۰۰۰ متخصص و فوق‌تخصص در ۶۵۸ کلینیک ویژه مستقر در ۳۸۵ شهر کشور با نرخ دولتی به‌منظور دسترسی اقشار محروم و همچنین ساخت ۲۵۰ پلی‌کلینیک تخصصی جدید شامل ۶۴۴۰ مطب برای فعالیت این پزشکان بعد از طرح تحول سلامت، از مهم‌ترین اقدامات است.



## حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

### اسناد بالادستی مرتبط با بسته

#### قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷

۶- برنامه‌ریزی به‌منظور توزیع متناسب و عادلانه نیروی انسانی و سایر امکانات (آموزش پزشکی و تسهیلات بهداشتی درمانی) کشور با تأکید بر اولویت برنامه‌های بهداشتی و رفع نیاز مناطق محروم و نیازمند.

#### سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری

۸- افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع؛  
۴-۱۰- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقا: سلامت به‌ویژه در مناطق غیر برخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.

برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب دی ۱۳۸۹، اجرای ۱۳۹۴-۱۳۹۰)

#### ماده ۳۶

الف- به پزشکانی که در مناطق کمتر توسعه یافته به‌طور مستمر و حداقل دو سال متوالی در سامانه خدمات جامع و هماهنگی سلامت انجام وظیفه نمایند، به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت، تسهیلات ویژه علاوه بر موارد موجود قانونی در مدت خدمت در مناطق یاد شده پرداخت می‌شود.

### وضعیت قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت، پزشکان متخصص به‌عنوان نیروی طرح خدمات تخصصی، به مناطق محروم اعزام می‌شدند و در اغلب موارد به‌دلیل عدم اقدامات لازم تشویقی برای ماندگاری آنها، این مناطق را ترک می‌کردند؛ بنابراین می‌توان ادعا کرد قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت، این طرح در سطح ملی و به‌طور یکپارچه اجرا نشده بود.

## وضعیت بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت تا اسفند ۱۳۹۶

علاوه بر اسناد بالا دستی که به آنها اشاره شد، رسالت انقلاب اسلامی خدمت‌رسانی به محرومین و مستضعفین کشور و برقراری عدالت در پهنه گسترده میهن بوده و هست. این بسته از گام نخست طرح تحول نظام سلامت، به منظور ارتقاء کیفیت خدمات در مناطق کمتر توسعه یافته کشور، با هدف افزایش دسترسی مردم به خدمات و مراقبت‌های سلامت در سطح دوم و سوم و همچنین جذب ماندگاری پزشکان در این مناطق تدوین شد. با اجرای برنامه و اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر سطح‌بندی مناطق محروم و کمتر توسعه یافته، زمینه حضور و خدمت‌رسانی تمام وقت پزشکان نیز فراهم آمد.

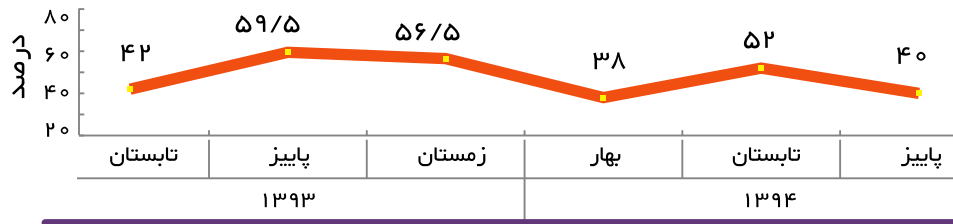
اجرای بسته ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، مشمول تمام پزشکان متخصص، فلوشیپ یا فوق تخصص و پزشکان عمومی می‌شود که به صورت تمام وقت جغرافیایی (اعم از تمام وقت هیئت علمی و تمام وقت درمانی) در بیمارستان‌ها و اورژانس‌های پیش بیمارستانی مناطق کمتر توسعه یافته کشور مشغول به خدمت هستند. به دنبال اجرای این برنامه، با اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر سطح‌بندی مناطق محروم (در قالب ۴ دسته «الف» تا «د» براساس ضریب توسعه نیافتگی و محرومیت، بدی آب و هوا، مرزی بودن و جمعیت شهرستان) و براساس عملکرد و تعداد واحدهای خدماتی و اعمال جراحی، شکل پرداخت به پزشکان تعریف شده است. اجرای این برنامه، حفاظت مالی مردم در مقابل هزینه‌های درمانی را در پی داشته و به دلیل حضور تمام وقت پزشکان در کلینیک‌های ویژه بخش دولتی به جای خدمت‌رسانی در مطب شخصی، احتمال انصراف از مراجعه و ادامه درمان بیمار آن را منتفی کرده است.

با اجرای این طرح، تمایل پزشکان به ماندگاری پس از اتمام دوره تعهدات به ۴۲ درصد رسیده است که این ماندگاری به شکل اختیاری بسیار ارزشمند است. البته با اجرای برنامه بومی‌گزینی در نظام آموزش پزشکی کشور، برنامه‌های میان مدت جای خود را به راهکار بنیادین استفاده از نیروهای تخصصی بومی خواهد داد. اجرای این بسته منجر به موارد زیر شد:

- پوشش ۳۰۹ شهر / شهرستان محروم و توسعه نیافته کشور و ۳۴۲ بیمارستان فعال در آن مناطق در برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان؛
- رشد ۳ برابری تعداد پزشکان در مناطق محروم، شامل: فعالیت ۱۵۰ پزشک ماندگار، به صورت تمام وقت جغرافیایی، در مناطق محروم کشور (۱۴۳۵ پزشک عمومی و ۴۷۱۵ پزشک متخصص، فوق تخصص و فلوشیپ)، در برابر ۲۲۰ پزشک پیش از اجرای این برنامه؛
- افزایش دسترسی مردم به خدمات سطح ۲ و ۳ در مناطق محروم کشور شامل رشد حدود ۳ برابری در خدمات سرپایی و رشد ۶۵ درصدی خدمات بستری؛
- حذف کامل زیرمیزی در مناطق محروم.

**پوشش ۳۰۹ شهر و  
یا شهرستان محروم  
و توسعه نیافته  
کشور و ۳۴۲  
بیمارستان فعال در  
آن مناطق از نتایج  
برنامه حمایت از  
ماندگاری پزشکان  
است.**

نمودار ۱۷. تمایل به ماندگاری پزشکان در بین پزشکان مناطق محروم



تأخیر در پرداخت‌ها، علت مهمی است که ممکن است آثار ناخوشایندی مانند پرداخت‌های غیررسمی را در پی داشته باشد.

پایش مداوم رضایت پزشکان ماندگار در مناطق محروم کشور، شناسایی عوامل مؤثر بر نارضایتی ایشان و برنامه‌ریزی برای برطرف کردن آنها، از راهکارهای اصلی اصلاح وضع موجود و به دنبال آن افزایش ماندگاری پزشکان متخصص در مناطق محروم است.

با توجه به شرایط خاص جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، وجود فاصله‌ای معنادار در تسهیلات زندگی و امکانات رفاهی میان کلان‌شهرها و مناطق محروم کشور، همچنین وضعیت نامناسب اسکان و کمبود تجهیزات پزشکی مورد نیاز، مشوق‌های مالی می‌تواند تأثیر به‌سزایی در افزایش انگیزه برای ارائه خدمات در این مناطق داشته باشد. پرداخت به موقع و استمرار آن در این مناطق، همچنین می‌تواند حذف گرایش به پرداخت‌های غیررسمی را به ارمغان آورد.

# حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



## اسناد بالادستی مرتبط با بسته

### قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷

۶- برنامه‌ریزی به‌منظور توزیع متناسب و عادلانه نیروی انسانی و سایر امکانات (آموزش پزشکی و تسهیلات بهداشتی - درمانی) کشور با تأکید بر اولویت برنامه‌های بهداشتی و رفع نیاز مناطق محروم و نیازمند.

برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب دی ۱۳۸۹، اجرای ۱۳۹۴-۱۳۹۰)

## ماده ۳۶

الف- به پزشکانی که در مناطق کمتر توسعه یافته به‌طور مستمر و حداقل دو سال متوالی در سامانه خدمات جامع و هماهنگی سلامت انجام وظیفه نمایند به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت، تسهیلات ویژه علاوه بر موارد موجود قانونی در مدت خدمت در مناطق یاد شده پرداخت می‌شود.

## وضعیت قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

پیش از آغاز طرح، در اغلب بیمارستان‌های دولتی و خصوصی کشور، بیماران و مراجعان در خارج از ساعات اداری (عصر، شب و ایام تعطیل) دسترسی به پزشک متخصص نداشتند. در بیمارستان‌های آموزشی و دانشگاهی نیز بار عمده تشخیص و درمان بر دوش دستیاران دوره تخصصی (رزیدنت) بود.

## وضعیت بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت تا اسفند ۱۳۹۶

در اجرای این برنامه مقرر شد دانشگاه‌های علوم پزشکی از پزشکان متخصص و فوق‌تخصص خود به‌عنوان پزشک مقیم برای پوشش ۲۴ ساعته در بیمارستان‌های مشمول طرح استفاده کنند و پزشکان مقیم نیز موظف شدند در تمام مدت زمان اقامت، حضور فیزیکی فعال در بیمارستان‌ها داشته و اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران را انجام دهند.

هدف از اجرای این بسته آن است که ضمن افزایش کیفیت مراقبت‌های پزشکی، دسترسی مردم به خدمات سلامت در ساعت عصر و شب و روزهای تعطیل فراهم شود. انجام به‌موقع معاینه و ویزیت بیماران، اعمال جراحی و اقدامات اورژانسی، تعیین تکلیف بیماران اورژانسی در نخستین فرصت و پاسخگویی به‌موقع و ۲۴ ساعته در بیمارستان‌های دولتی و فعال بودن اتاق عمل در شیفت عصر و شب از ویژگی‌های این بسته حمایتی است.

ارائه به‌موقع خدمات درمانی، پاسخگویی ۲۴ ساعته متخصصان در بیمارستان‌های درمانی و آموزشی-درمانی، تعیین تکلیف بیماران توسط متخصص مربوط در بخش اورژانس در حداقل زمان ممکن از جمله دیگر اهداف این برنامه هستند.

تمام بیمارستان‌های دارای ۶۴ تا ۹۶ تخت فعال، باید دارای یک پزشک مقیم در یکی از رشته‌های تخصصی داخلی، جراحی عمومی و یا طب اورژانس باشند. در مورد بیمارستان‌های آموزشی-درمانی عمومی با بیش از ۹۶ تا ۲۵۶ تخت فعال، حضور دو تا چهار پزشک مقیم در رشته‌های تخصصی مورد نیاز ضروری است و در مراکز دارای بیش از ۲۵۶ تخت فعال، لازم است چهار تا شش پزشک مقیم در رشته‌های تخصصی مورد نیاز حضور داشته باشند. به این ترتیب در ۴۱۲ بیمارستان واقع در ۲۱۲ شهر، بیش از ۶۶۵۰ پزشک متخصص و فوق‌تخصص در ۱۹ رشته در حال خدمت به هموطنان هستند که نتیجه آن حضور متوسط ۸۶۰ متخصص مقیم در مراکز است.

پیرو اجرایی شدن این بسته، سرعت تعیین تکلیف و تریخیص بیماران در اورژانس‌های بیمارستانی (از شاخص‌های مهم عملکرد کیفی بیمارستان‌ها) به زیر ۶ ساعت کاهش یافته که رضایت مندی مردم را در پی داشته است.

**در ۴۱۲ بیمارستان  
واقع در ۲۱۲ شهر،  
بیش از ۶۶۵۰  
پزشک متخصص و  
فوق‌تخصص در ۱۹  
رشته در حال  
خدمت به هموطنان  
هستند.**



# سیاست‌های جمعیتی و ترویج زایمان طبیعی

اسناد بالادستی مرتبط با بسته

مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی ۱۳۹۱

## ماده ۱

جلوگیری از کاهش نرخ باروری کل و ارتقاء آن متناسب با آموزه‌های اسلامی، اقتضانات راهبردی ایران، مطالعات جمعیت‌شناختی، آمایش و پایش مستمر جمعیتی.

## ماده ۲

۱. فرهنگ‌سازی برای دستیابی به جمعیت مطلوب و اصلاح بینش و نگرش مسئولان و مردم نسبت به پیامدهای منفی کاهش باروری به ویژه زیر حد جانشینی؛  
۲. تدوین سیاست‌ها، برنامه‌ها، قوانین، مقررات حمایتی و تشویقی برای دستیابی به نرخ باروری مناسب، جمعیت مطلوب و لغو سیاست‌ها، برنامه‌ها و قوانین و مقررات مشوق کاهش باروری.

## ماده ۳

۱. تهیه طرح جامع تولید و اجرای انواع برنامه‌های آموزشی، پژوهشی، اطلاع‌رسانی، نمایشی، تبلیغی و غیره در رسانه‌های جمعی به ویژه صدا و سیما و شبکه‌های استانی آن با هدف گفتمان‌سازی و ترویج فواید فرزندآوری و تبیین آثار منفی کاهش نرخ باروری با رعایت شرایط و مقتضیات راهبردی؛  
۲. تبیین نظریه جمعیتی اسلام و ترویج آن توسط روحانیت برای اصلاح نگرش مسئولان و مردم نسبت به فواید باروری و افزایش نرخ آن؛  
۳. تدوین و اجرای برنامه‌های ترویجی، آموزشی، پژوهشی و خدمات پزشکی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت اصلاح نگرش عمومی؛  
۴. بازنگری کلیه سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه و قوانین و مقررات کشور با تأکید بر اصلاح قوانین و مقررات تنظیم خانواده؛  
۵. تدوین و تصویب برنامه‌های هوشمند برای ارتقاء باروری.

## سیاست‌های کلی جمعیت، ابلاغی مقام معظم رهبری

۱. ارتقاء پویایی، بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش نرخ باروری به بیش از سطح جانشینی.



### وضعیت قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

بهبود وضعیت سلامت مادران و نوزادان از تعهدات بین‌المللی ایران در راستای اهداف توسعه پایدار است که با مضامینی چون «بهبود سلامت مادران در چارچوب بهداشت باروری» و «کاهش نرخ مرگ و میر کودکان» در حال اجرا است. دستیابی به این اهداف مستلزم کاهش شاخص نرخ مرگ و میر مادران و نوزادان در اثر عوارض بارداری و زایمان، کاهش میزان سزارین‌های بدون ضرورت و ترویج زایمان طبیعی است. این بسته از طرح تحول نظام سلامت، یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها (کاهش نرخ زایمان به‌روش سزارین) را هدف قرار داده است، زیرا در صد انجام عمل سزارین در ایران در صدر آمار کشورهای جهان قرار داشت.

در راستای سیاست‌های جدید جمعیتی مبنی بر افزایش جمعیت، این بسته برای ارتقاء سلامت مادر و کودک و همچنین کاهش سزارین (که از عوامل محدودیت تعداد مولید محسوب می‌شود) بر ترویج زایمان طبیعی تأکید دارد؛ لذا کلیه بیمارستان‌ها ملزم به کاهش میزان سزارین انتخابی هستند.

### وضعیت بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت تا اسفند ۱۳۹۶

بر اساس این برنامه اقدامات زیر صورت گرفت:

- افزایش کیفیت خدمات بستری و صفر شدن سهم پرداختی بیمار (فرانشیز) در مراکز دولتی به منظور تشویق مادران باردار به انجام زایمان طبیعی؛
  - پرداخت تعرفه تشویقی مازاد بر تعرفه مصوب عادی به منظور ایجاد انگیزه در ارائه دهندگان خدمات زایمان طبیعی در بخش دولتی؛
  - تدوین تعرفه منطقی زایمان طبیعی؛
  - پرداخت حق الزحمه بیهوشی به متخصصین بیهوشی به‌منظور ایجاد انگیزه برای انجام زایمان طبیعی بی‌درد؛
  - فراهم کردن تسهیلات لازم برای انجام زایمان طبیعی توسط متخصصین زنان غیرشاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی و ماماهاى دارای پروانه کار در بیمارستان‌های دولتی؛
  - اختصاص اعتبار ویژه به بیمارستان‌های دولتی برای بهینه‌سازی فضای فیزیکی بخش‌های زایمان و مهم‌تر از آن ایجاد «اتاق‌های اختصاصی زایمان»، به‌منظور حفظ حریم خصوصی مادران باردار، رعایت موازین فرهنگی و امکان حمایت بیشتر مادر با حضور همسر و یا همراه، که در نهایت، آسودگی در فرایند زایمان طبیعی را به همراه دارد؛
  - ترویج فرهنگ طبی شدن طبیعی فرایند بارداری و زایمان با برگزاری کلاس‌های آمادگی برای مادران باردار و توانمندسازی ارائه دهندگان خدمت از دیگر اقدامات انجام شده در برنامه ترویج زایمان طبیعی است.
- تمام اقدامات مذکور با هدف حفاظت مالی از خدمات ارائه شده در قالب بسته ترویج زایمان طبیعی بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت مد نظر قرار گرفت.

افزایش کیفیت خدمات بستری و صفر شدن سهم پرداختی بیمار در مراکز دولتی به منظور تشویق مادران باردار به انجام زایمان طبیعی، از اقدامات انجام شده در این بسته است.

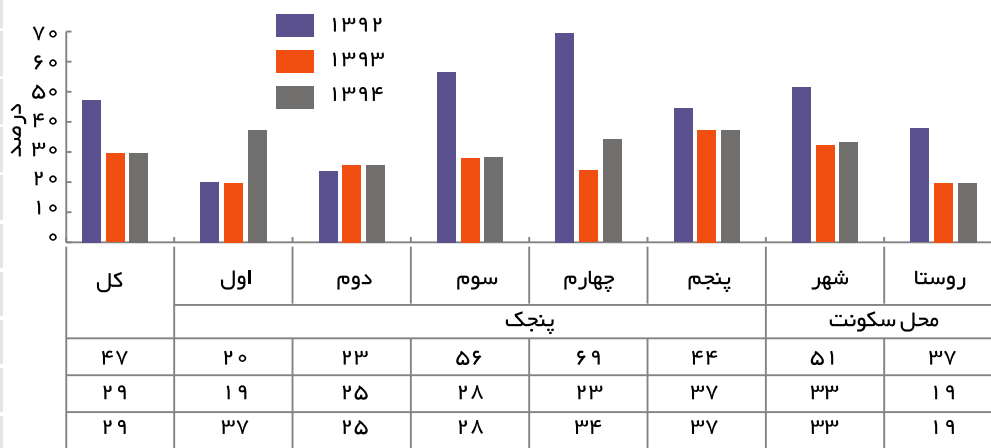
### اقدامات مهم و کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای سیاست‌های جمعیتی

ترویج زایمان طبیعی و انجام اقدامات لازم برای کاهش ناباروری و نازایی به شرح زیر:

- انجام ۱۹۵۸۴۷۱ زایمان طبیعی رایگان در کل ایران؛
- کاهش سزارین بار اول به میزان ۱۵ درصد؛
- آموزش رایگان به ۷۰۲ هزار نفر مادر باردار به‌منظور توانمندسازی برای باروری و زایمان طبیعی؛
- ساخت ۱۸۰۰ واحد اختصاصی زایمان (LDR) در ۳۶۶ بیمارستان؛
- پوشش ۸۵ درصدی هزینه‌های درمان ناباروری با تعرفه دولتی برای زوج‌های نابارور؛
- ایجاد ۱۷ مرکز جدید درمان ناباروری با تمرکز بر مناطق محروم به ویژه در ۶ مرکز استان فاقد این مراکز (پاسوج، زاهدان، بندرعباس، شهرکرد، گرگان و خرم‌آباد)؛
- توسعه و تجهیز ۲۴ مرکز درمان ناباروری موجود؛
- ارائه ۳۱ هزار خدمت درمان ناباروری از شهریور ۱۳۹۵؛
- ساماندهی خدمات نازایی و ناباروری؛
- کاهش پرداخت از جیب مردم برای درمان ۳ میلیون زوج نابارور؛
- ارتقاء تجهیزات و توسعه مراکز آموزشی و مناطق کمتر توسعه یافته؛
- ایجاد سامانه ثبت اطلاعات بیماران و خدمات درمان ناباروری؛
- تشکیل کمیته باروری با دخالت ثالث (اهدای جنین).

اجرای این مداخله در صد انجام زایمان‌ها به روش سزارین را از ۵۶ درصد در سال ۱۳۹۲ به ۵۰ درصد در سال ۱۳۹۳ رساند. یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها کاهش سزارین شکم اول است که نمودار ۱۸ نشان می‌دهد این مداخله توانسته است شاخص مذکور را کاهش دهد.

نمودار ۱۸. درصد زایمان به روش سزارین در شکم اول، قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت



# گسترش پوشش خدمات اورژانس و اورژانس هوایی



## اسناد بالادستی مرتبط با بسته

برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب دی ۱۳۸۹، اجرای ۱۳۹۴-۱۳۹۰)

### ماده ۳۲

د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه، نظام درمانی کشور را در چارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیأت‌های امانت در بیمارستان‌های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

## وضعیت قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

پیش از اجرای طرح تحول نظام سلامت خدمات اورژانس هوایی به شکلی که در طرح تحول نظام سلامت ارائه می‌شود، در کشور وجود نداشت.

## وضعیت بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت تا اسفند ۱۳۹۶

در راستای ضرورت توسعه سامانه اورژانس پزشکی کشور، به دلیل وجود محدودیت جدی اورژانس زمینی و سهم حوادث و سوانح در مرگ و میر کشور (ایران از کشورهای پرحادثه ترافیکی است)، بهترین و مناسب‌ترین وسیله برای پاسخگویی به حوادث ترافیکی، آمبولانس هوایی است.

بر این اساس برنامه توسعه اورژانس هوایی کشور به منظور پوشش دو هدف کلان بهبود عدالت در دسترسی به خدمات درمانی و ارتقاء کیفیت خدمات درمانی و مراکز ارائه دهنده خدمات، طراحی و ابلاغ شد. در این برنامه، افزایش تعداد آمبولانس‌های هوایی و نیز پایگاه‌های اورژانس به عنوان راهکارهای اصلی توسعه اورژانس هوایی کشور دیده شده است.

پوشش نقاط کور (دور از دسترس آمبولانس زمینی) شامل جاده‌های فرعی و روستایی، مناطق صعب‌العبور و جاده‌های پر تردد و عبور از مانع ترافیک ناشی از تصادفات به منظور کاهش زمان رسیدن بیماران به مراکز درمانی تخصصی، از اهداف اصلی این بسته است.

برنامه توسعه
اورژانس هوایی
کشور به منظور
پوشش دو هدف
کلان بهبود عدالت
در دسترسی به
خدمات درمانی و
ارتقاء کیفیت
خدمات درمانی و
مراکز ارائه دهنده
خدمات انجام شد.

راه اندازی ۳۴ پایگاه اورژانس هوایی و انتقال ۱۹ هزار مصدوم و بیمار بدحال به بیمارستان‌ها از دستاوردهای این بسته تا پایان سال ۱۳۹۶ بوده است.

افزایش ۱۵۰۰ تخت اورژانس و بهسازی و استانداردسازی ۱۸۰ بخش اورژانس در سراسر کشور از دیگر اقدامات انجام شده می‌باشد.

از دستاوردهای مهم این برنامه به این موارد می‌توان اشاره کرد: ایجاد پوشش در جاده‌های فرعی، روستایی، مسیرهای مال‌رو، کوهستان و روستاها با شعاع ۱۵۰ کیلومتر از محل استقرار بالگرد، ارتقاء توان پاسخگویی به حوادث پرتلفات و حوادث غیر مترقبه، ایجاد توانایی در ارزیابی هوایی از مناطق درگیر بحران و تعیین سریع سطح بحران جهت تدارک پاسخگویی متناسب با بحران پیش آمده، امکان انتقال تجهیزات و تیم پزشکی به محل حادثه در پشتیبانی از خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی، حمایت از مادران باردار و نوزادان و تخلیه مصدومان از روستاهای دچار انسداد مسیرهای مواصلاتی به دلیل برف و یخبندان و ...

در کنار این موارد، تقویت و گسترش ناوگان اورژانس زمینی و ساماندهی و نیز توسعه خدمات و افزایش کیفیت اورژانس‌های بیمارستانی در دستور کار قرار گرفت که نتایج زیر از جمله دستاوردهای آن است:

- راه اندازی ۳۴ پایگاه اورژانس هوایی و انتقال ۱۹ هزار مصدوم و بیمار بدحال به بیمارستان‌ها؛
- توسعه و نوسازی ناوگان آمبولانس زمینی اورژانس کشور با به کارگیری ۲۴۰۰ دستگاه آمبولانس پیشرفته تا پایان دولت یازدهم (ناوگان اورژانس پیش بیمارستانی کشور تا قبل از طرح تحول نظام سلامت تنها ۳ هزار آمبولانس در اختیار داشت)؛
- ساخت و گسترش ۱۲۵ بخش اورژانس در بیمارستان‌های تروما و اصلی کشور و نوسازی بخش اورژانس در سایر بیمارستان‌ها؛
- افزایش ۱۵۰۰ تخت اورژانس و بهسازی و استانداردسازی ۱۸۰ بخش اورژانس در سراسر کشور؛
- توزیع نیروی تخصصی طب اورژانس براساس نیاز منطقه و اولویت‌های سیاستگذاری؛ افزایش توانمندی نیروی انسانی شاغل در اورژانس‌های بیمارستانی.

# ارتقای کیفیت هتلینگ (اقامت و خدمات) در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



## اسناد بالادستی مرتبط با بسته

سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری  
۳-۷- تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمات در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی

### وضعیت قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

از مهم‌ترین شاخص‌های ارزیابی عملکرد فعالیت‌های بیمارستانی، رضایت سنجی از بیماران بستری در بیمارستان‌ها است. ضعف امکانات هتلینگ (اعم از فرسوده بودن محیط بیمارستان، فضای فیزیکی بستری، غذا، امکانات رفاهی، وضعیت سرمایش و گرمایش و سرویس‌های بهداشتی) و نیز عدم توان رقابت بخش دولتی با بخش غیردولتی در جذب بیماران، از جمله مواردی بود که همواره باعث نارضایتی مردم می‌شد.

### وضعیت بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت تا اسفند ۱۳۹۶

در این برنامه براساس ارزیابی وضعیت هتلینگ، بیمارستان‌های مشمول در ۷ محور (ساختمان و تأسیسات، تجهیزات و امکانات، خدمات رفاهی، نظافت و بهداشت، تغذیه بیمار، امور اداری و گردش کار و منابع انسانی) به صورت ۳، ۴ یا ۵ ستاره رتبه‌بندی شده و براساس ارزیابی دوره‌ای اقدامات و اصلاحات انجام شده، گواهینامه‌های رتبه‌بندی هتلینگ به بیمارستان اعطا می‌شود. رسیدن همه بیمارستان‌های دانشگاهی به حداقل سطح استانداردها از اهداف این برنامه است. از این برنامه می‌توان به عنوان یکی از بزرگ‌ترین برنامه‌های نوسازی و مرمت فضاهای درمانی در پیش و پس از انقلاب اسلامی یاد کرد. اولویت اجرای این برنامه با مناطق محروم سردسیر، سپس استان سیستان و بلوچستان و به دنبال آن خوزستان و آخرین استان مشمول، تهران بوده و دستاوردهای زیر محقق شده است:

- بازسازی ۲،۶۵۰،۰۰۰ متر مربع فضای بستری؛
- توزیع ۱۳۰ هزار قلم تجهیزات هتلینگ؛
- نوسازی کامل ۴۵ هزار تخت بیمارستانی کشور با استفاده ۱۰۰ درصدی از تولیدات داخلی؛
- تامین ۷۴،۰۰۰ قلم تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای برای بیمارستان‌های موجود و تازه تأسیس؛
- تعویض و بهسازی موردی تجهیزات تأسیسات زیربنایی بیمارستان‌ها؛
- بهبود تغذیه بیماران بستری و همراهان آنها در بیمارستان‌های دولتی؛
- بهبود فرآیندهای ارائه خدمت از سوی پرسنل بیمارستان‌های دولتی.

بازسازی

۲،۶۵۰،۰۰۰ متر

مربع فضای بستری

و نوسازی کامل

۴۵ هزار تخت

بیمارستانی کشور با

استفاده ۱۰۰

درصدی از تولیدات

داخلی از اقدامات

انجام شده در قالب

این بسته است.

## سایر دستاوردهای حوزه درمان طی سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶

۱. توجه خاص به بیماران نیازمند به مراقبت‌های ویژه با افتتاح ۲۵۰۰ تخت؛
۲. توجه ویژه به بیماران سرطانی با ایجاد شبکه جامع تشخیص زودرس و درمان سرطان در ۳ سطح در کشور که به شرح زیر است:
  - سطح ۱: خدمات تشخیصی، غربالگری و خدمات درمانی سرپایی / ۱۳۱ مرکز غربالگری و ۵۲ مرکز شیمی درمانی سرپایی؛
  - سطح ۲: خدمات تخصصی (تشخیصی- درمانی و بستری- سرپایی)، (رادیوتراپی و ...) / جراحی و شیمی درمانی در ۳۷ مرکز تخصصی؛
  - سطح ۳: خدمات پیشرفته فوق تخصصی تشخیصی- درمانی سرطان شامل تکنولوژی‌های پیشرفته رادیوتراپی و جراحی‌های فوق تخصصی سرطان و سلول درمانی در ۱۴ قطب کشوری؛ (مراکز سطح ۱ و ۲ و ۳ به صورت شبکه عمل می‌نمایند).
۳. توسعه ۱۳۰۰ تخت جدید بستری و روانپزشکی، ۱۵ بخش اورژانس روانپزشکی همراه با بازسازی بخش‌های موجود؛
۴. آغاز ساماندهی خدمات دندانپزشکی با ایجاد کلینیک‌های دندانپزشکی دانشگاهی با تعرفه ارزان در نقاط مختلف کشور؛
۵. اجرای برنامه ملی درمان پیشرفته سکته‌های قلبی (به عنوان اولین علت مرگ ایرانیان) به صورت شبانه‌روزی در ۵۴ بیمارستان کشور در ۲۴ شهر؛

در طی ۲ سال اجرای برنامه، ۲۷ هزار نفر از خدمت پیشرفته و حیات بخش باز کردن عروق قلبی با آنژیوگرافی (PCI-Primary) بهره‌مند شدند.

۶. اجرای برنامه ملی درمان پیشرفته سکته‌های مغزی (به عنوان دومین علت مرگ ایرانیان) به صورت شبانه‌روزی در ۵۵ بیمارستان کشور در ۲۵ شهر؛

در طی یک سال اجرای برنامه، ۲۳۰۰ نفر از خدمت درمان ترومبوز (ترومبولیتیک تراپی) بهره‌مند شدند.

۷. استقرار سامانه ملی صدور الکترونیکی پروانه‌های مؤسسات پزشکی به منظور ایجاد شفافیت در این حوزه و دسترسی آسان مردم و صاحبان حرفه پزشکی به اطلاعات؛
۸. تدوین و اجرای نسل نوین اعتباربخشی در ۹۰۰ بیمارستان کشور با رویکرد ارتقاء ایمنی بیماران و بهبود کیفیت خدمات و تکريم بیماران؛
۹. امضا و ابلاغ تفاهم نامه نقشه راه درمان ۱۴۰۴ در راستای اجرایی نمودن نقشه درمان کشور و سطح بندی خدمات بستری با سازمان برنامه و بودجه کشور و ابلاغ جهت اجرا به کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور؛
۱۰. الحاق شورای عالی بیمه به عنوان سیاستگذار بیمه کشور به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛
۱۱. اصلاح کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت در قالب ویرایش سوم؛
۱۲. کاهش میانگین مدت زمان انتظار جهت پیوند کلیه به ۱۲ تا ۱۸ ماه؛
۱۳. ایجاد بانک اطلاعات بخش‌ها و مراکز درمان ناباروری کشور؛
۱۴. ایجاد سامانه ثبت اطلاعات بیماران و خدمات درمان ناباروری؛
۱۵. تشکیل کارگروه تخصصی گردشگری سلامت کشور با حضور کارشناسان ستادی، کارشناسان گردشگری سلامت دانشگاه‌های علوم پزشکی، نمایندگان سازمان‌ها و انجمن‌های تخصصی و شرکت‌ها و دفاتر خدمات مسافرتی به منظور ساماندهی خدمات گردشگری سلامت و ساماندهی ارائه خدمات به گردشگران سلامت از طریق اعتباربخشی کیفی بخش‌های بین‌المللی.



حوزه بهداشت





## برنامه تحول در حوزه بهداشت

از آن جایی که مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تأمین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی ایران با اولویت مناطق کم برخوردار است، اجرای مداخلات به منظور ارتقای وضعیت سلامت مردم کشور با عنایت به اسناد بالادستی به‌ویژه قانون اساسی، سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، برنامه پنجم توسعه، نقشه جامع علمی کشور و برنامه دولت تدبیر امید ضرورت دارد. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در آغاز به کار دولت یازدهم وضعیت موجود را تحلیل کرده و با استفاده از خرد جمعی، طرح تحول حوزه بهداشت را تدوین و ارائه نمود.

خدمات ارائه شده در شبکه‌های بهداشت کشور در سه دهه گذشته متنوع و در برخی موارد در سطوح بین‌المللی الگو بوده است. با این وجود به دلایل مختلف باید کیفیت و کمیت خدمات سلامت در شبکه‌های بهداشت کشور تغییر و ارتقا می‌یافت؛ این دلایل به شرح زیر می‌باشد:

- معکوس شدن در صد جمعیت شهری و روستایی نسبت به سه دهه گذشته؛
- افزایش تراکم جمعیت در شهرها و حاشیه آنها (یا سکونت‌گاه‌های غیررسمی)؛
- تغییر سیمای بیماری‌ها و مرگ‌های زودرس از واگیردار به غیرواگیر؛
- حضور همزمان همه‌گیری بیماری‌های واگیردار نوپدید و بازپدید، بیماری‌های غیرواگیر و آسیب‌های اجتماعی؛
- کم توجهی به ظرفیت همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردم در بهبود وضعیت سلامت؛
- پوشش نامناسب مراقبت‌های اولیه سلامت در شهرها و حاشیه شهرها؛
- پوشش نامناسب مراقبت‌های مربوط به افراد سالم، عوامل خطر و بیماری‌های غیرواگیر در روستاهای کشور؛
- افزایش مخاطرات طبیعی و انسان ساخت به‌خصوص در مناطق شهری؛
- ابلاغ سیاست‌های جمعیتی کشور؛
- تغییر تقاضای عمومی جامعه به علت افزایش آگاهی و تغییر نگرش، همچنین تغییر در تعریف دسترسی از ارائه‌دهنده خدمت به روش خود مراقبتی.

لازم به ذکر است که در حال حاضر، عوامل خطری مانند چاقی، کم تحرکی، مصرف دخانیات، چربی بالای خون، دیابت، فشار خون بالا و رژیم غذایی نامناسب بیش از ۵۰ درصد علل مرگ‌های زودرس را تشکیل می‌دهند. این عوامل از دهه ۸۰ به بعد در ایران روند رو به‌رشدی داشته‌اند. به‌عنوان نمونه علت بیش از ۶۰ درصد مرگ‌های سال ۱۳۹۰ را به عوامل خطر غیرواگیر نسبت می‌دهند؛ یعنی از هر سه مرگ، دو مورد مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر بوده است. بر اساس مدل‌سازی‌های انجام شده و مطالعات، بیماری‌های غیرواگیر (از جمله بیماری‌های روانی) در مجموع حدود ۷۰ درصد بار بیماری‌های کشور را در سال ۱۴۰۴ تشکیل خواهند داد. شواهد بین‌المللی و توصیه‌های سازمان‌های مرجع تأکید دارند که با حذف عوامل اصلی مسبب این بیماری‌ها، می‌توان از ۸۰ درصد سکته‌های مغزی، دیابت نوع دوم، بیماری‌های قلبی و عروقی و بیش از ۴۰ درصد سرطان‌ها پیشگیری کرد. باید توجه داشت که مانند سایر موارد، هزینه پیشگیری از این بیماری‌ها نیز به مراتب کمتر از هزینه درمان آن‌ها است. مطالعات نشان می‌دهد که به ازای هر هزار تومان هزینه در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، حداقل ۷ تا ۱۰ هزار تومان بازگشت سرمایه وجود دارد. برآوردها می‌گویند به ازای هر ۱۰ درصد افزایش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، رشد اقتصادی سالانه تا ۵ درصد کاهش می‌یابد. توجه به این نکته نیز ضروری است که بیماری‌ها و مشکلات جدید سلامت از هم‌افزایی عوامل مختلف به وجود می‌آید، لذا مدیریت آن‌ها با روش‌های گذشته گاهی امکان پذیر نبوده و همکاری بین بخشی را ضروری می‌کند.

در صفحات بعدی اهم فعالیت‌های انجام شده در طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت آورده شده‌اند.

# ارائه خدمت به روستائیان، عشایر و شهرهای دارای جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر (گسترش برنامه پزشک خانواده روستایی)

# ۹

## اسناد بالادستی مرتبط با بسته

ماده ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، قانون بیمه همگانی، ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه، آئین نامه اجرایی ماده ۹۱ برنامه چهارم توسعه و بند ج ماده ۳۲ برنامه پنجم توسعه بر اجرای برنامه پزشک خانواده در کشور تأکید داشته و دارد.

## برنامه پنج ساله چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب شهریور ۱۳۸۳، اجرای ۱۳۸۸-۱۳۸۴)

بند یک ماده ۹۱: پوشش کامل و همگانی بیمه سلامت، توسعه برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده، ارتقاء سطح سلامتی، نظام بخشیدن به رفتارهای درمانی مردم و پزشکان و سازمان‌های تشخیصی درمانی، کاهش پرداخت از جیب مردم، اصلاح نظام پرداخت به سازمان‌های تشخیصی و درمانی و پزشکان، یکسان‌سازی خدمات بیمه پایه به مردم و بهبود پوشش خدمات، عدالت در دسترسی به خدمات، پیشگیری از بستری‌های بی‌مورد و کاهش تقاضاهای القائی، هدفمند کردن یارانه‌ها در حوزه سلامت و عدالت در منابع مالی.

## قانون بودجه ملی

بر اساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی (بیمه سلامت ایران) موظف شده بود با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنان مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت، امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. در این برنامه پزشک عمومی و تیم وی، مسئولیت کامل سلامت افراد خانوارهای تحت پوشش را برعهده داشتند و در صورت ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئول پیگیری سرنوشت آنها بودند.

## سیاست‌های کلی جمعیت، ابلاغی مقام معظم رهبری

۷. تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم؛

۸. افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع؛

## وضعیت قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

تفکر پزشک خانواده در ایران ریشه در فرهنگ ایرانی اسلامی دارد و سابقه آن به قرن‌ها پیش باز می‌گردد. سخن حکیمانه دانشمند بزرگ ایران، حکیم زکریای رازی می‌تواند اثبات‌گر این ادعا باشد، آن‌جا که می‌گوید: «مریض باید از میان اطبای موثق به یک تن اقتصار ورزد، زیرا کسی که نزد پزشکان متعددی رود، بسیار احتمال دارد در معرض خطای هر یک از آنها واقع شود، اما یک طبیب خطایش در جنب صوابش بسیار اندک باشد».

بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، تلاش‌های زیادی برای استقرار یک نظام سلامت مطلوب که بتواند به تمامی نیازهای جامعه پاسخ دهد، انجام گرفت که در این مسیر و طی چند سال گذشته، با هدف سلامت برای همه و ارائه خدمات در قالب شبکه‌های بهداشت پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در ارائه خدمات سلامت صورت پذیرفت.

طرح گسترش شبکه‌های بهداشت، در دهه ۶۰ خورشیدی و با ایجاد خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و شهری برای ارائه خدمات سلامتی، زمینه ساز ارتقاء سلامت به‌خصوص در مناطق روستایی شد و با تلاش و موفقیت همه جانبه طراحان برنامه و عوامل اجرایی، شاخص‌های سلامت به نحو چشم‌گیری پیشرفت کرد.

گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۹۱ در خصوص پوشش همگانی سلامت نشان‌دهنده اهمیت اهداف ارتقای سلامت با راهبرد جدید پزشک خانواده بود. در واقع آنچه که امروز متولیان نظام سلامت با اجرای طرح بیمه همگانی به دنبال آن هستند، موضوع پوشش همگانی خدمات سلامت در قالب پزشک خانواده است.

## وضعیت بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت تا اسفند ۱۳۹۶

بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت، بسته خدمت‌رسانی به روستائیان، عشایر و شهرهای دارای جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر آماده شد که مهم‌ترین اقدامات در قالب این بسته به شرح زیر بود:

- تأمین نیروی انسانی مورد نیاز اجرای بسته؛
- تدوین بسته‌های خدمات مورد نیاز؛
- تعیین روش ارائه خدمات تعیین شده؛
- ارائه نظام پرداخت مناسب برای ارائه‌دهندگان خدمات؛
- تأمین فضای فیزیکی لازم برای ارائه خدمات.

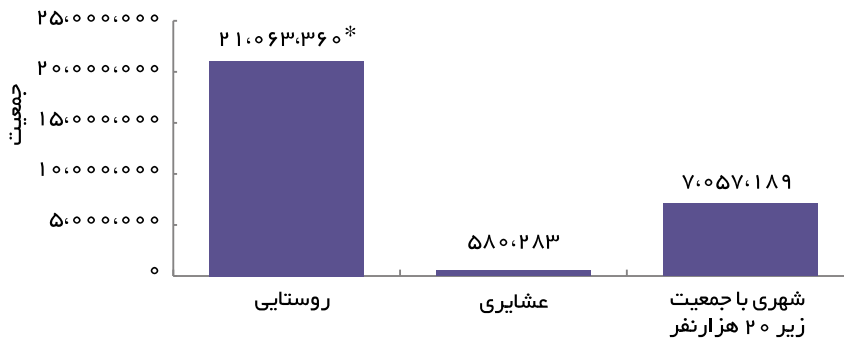
در ادامه، اثر اجرای برنامه برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت بررسی شده است.

بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت، بسته بیمه روستائیان، عشایر و شهرهای دارای جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر آماده و اجرایی شد.

جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده روستایی

برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت و عشایر، جمعیتی حدود ۲۸ میلیون نفر (۷ میلیون نفر جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، حدود ۲۱ میلیون نفر جمعیت روستایی و ۵۸۰ هزار نفر جمعیت عشایری) را تحت پوشش دارد. از این تعداد حدود ۲۲ میلیون نفر دارای دفترچه بیمه سلامت روستایی و مشمول سرائه هستند. در نمودار ۱۹ جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده روستایی ارائه شده است.

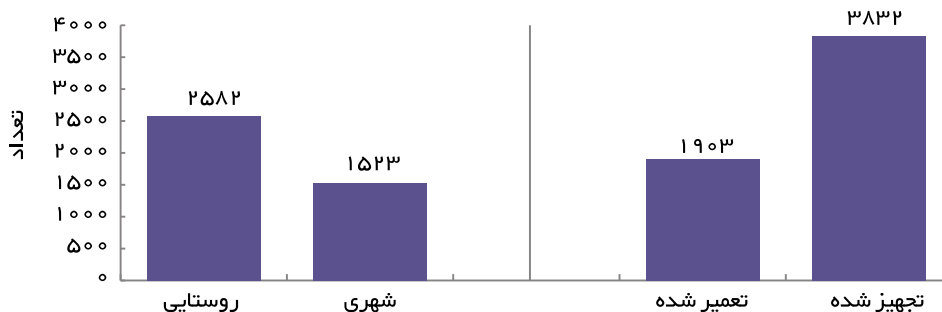
نمودار ۱۹. جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده روستایی در سال ۱۳۹۶



\* جمعیت روستایی بر اساس آمار سال ۱۳۹۶

وضعیت مراکز جامع سلامت مجری برنامه پزشک خانواده روستایی نیز در نمودار ۲۰ ارائه شده است. از مجموع ۴۱۰۵ مرکز مجری پزشک خانواده و بیمه روستایی، ۲۵۸۲ مرکز، خدمات جامع سلامت روستایی و ۱۵۲۳ مرکز، خدمات جامع سلامت شهری را ارائه می دهند.

نمودار ۲۰. وضعیت مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه بیمه روستایی در سال ۱۳۹۶



برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت و عشایر، جمعیتی حدود ۲۸ میلیون نفر را تحت پوشش دارد.

از مجموع ۴۱۰۵ مرکز مجری پزشک خانواده و بیمه روستایی، ۲۵۸۲ مرکز، خدمات جامع سلامت روستایی و ۱۵۲۳ مرکز، خدمات جامع سلامت شهری را ارائه می دهد.

از مجموع ۱۷۹۸۰ خانه بهداشت فعال، ۴۳۸۳ خانه تعمیر و ۹۲۷۱ خانه تجهیز شده‌اند.

یک گام اساسی در جهت تکمیل ساختار اجرایی نظام شبکه بهداشت در روستاها، احداث و تجهیز کامل ۲۰۰۰ باب خانه بهداشت بود که تا انتهای سال ۱۳۹۵، از ۱۰۰۰ باب بهره داری شد. از مجموع ۳۲۰۰ محل زندگی پزشکان نیز ۱۵۹۵ مورد تعمیر و ۲۴۲۷ محل اقامت تجهیز شده است.

وضعیت داروخانه‌های ارائه‌کنندگان خدمات در برنامه پزشک خانواده روستایی از سال ۱۳۹۳ تا سال ۱۳۹۵، در جدول ۶ ارائه شده است. در کل ۴۱۳۵ داروخانه در این برنامه ارائه خدمت می‌کنند. برخی از این داروخانه‌ها در مرکز و برخی خارج از مرکز فعالیت دارند. برای تکمیل خدمات در این بخش از مشارکت جدی بخش خصوصی هم استفاده شده است؛ به طوری که بیشتر از ۷۰ درصد خدمات دارویی مربوط به دارو در برنامه پزشک خانواده روستایی با مشارکت بخش خصوصی انجام می‌گیرد.

از مجموع ۱۷۹۸۰ خانه بهداشت فعال، ۴۳۸۳ خانه تعمیر و ۹۲۷۱ خانه تجهیز شده‌اند.

جدول ۶. وضعیت داروخانه‌های ارائه‌کننده خدمت در برنامه پزشک خانواده روستایی

ردیف	وضعیت داروخانه	سال ۱۳۹۳		سال ۱۳۹۴		سال ۱۳۹۵		کل
		محل استقرار		محل استقرار		محل استقرار		
		داخل مرکز	خارج مرکز	داخل مرکز	خارج مرکز	داخل مرکز	خارج مرکز	
۱	دولتی	۱۴۹۵	۲۱	۱۲۷۸	۷	۱۲۸۵	۱۱۰۱	۱۱۲۵
۲	غیردولتی	۱۹۱۸	۵۹۹	۲۱۴۸	۶۶۲	۲۸۱۰	۲۲۴۵	۳۰۱۰
۳	کل	۳۴۱۳	۶۲۰	۳۴۲۶	۶۶۹	۴۰۹۵	۳۳۴۶	۴۱۳۵

بر اساس این خدمت، ۴۳۶ قلم داروی اساسی و ۷ قلم مکمل دارویی برای کلیه مراکز مجری برنامه، در روستاها تامین شد که توسط ۴۱۳۵ داروخانه فعال در قالب ۱۱۲۵ داروخانه دولتی و ۳۰۱۰ داروخانه غیر دولتی توزیع گردید.

خدمت مهم دیگر در برنامه پزشک خانواده روستایی، ارائه خدمات آزمایشگاهی است. در جدول ۷ وضعیت آزمایشگاه‌های مناطق تحت پوشش برنامه پزشک خانواده روستایی ارائه شده است.

جدول ۷. وضعیت ارائه خدمات آزمایشگاهی در مناطق روستایی، شهرهای زیر ۲۰ هزار جمعیت و عشایر

ردیف	وضعیت آزمایشگاه	سال ۱۳۹۳		سال ۱۳۹۴			سال ۱۳۹۵	
		کل	نمونه گیری	کل	ارائه خدمات		کل	محل استقرار
					آزمایشگاه فعال	آزمایشگاه فعال		
۱	دولتی	۱۷۳۴	۷۸۸	۲۴۲۰	۱۶۳۲	۱۱۷۴	۱۵۹۱	۲۷۶۵
۲	غیردولتی	۴۰۰	۶۸	۲۸۹	۲۲۱	۴۴	۲۸۰	۳۲۴
۳	کل	۲۱۳۴	۸۵۶	۲۷۰۹	۱۸۵۳	۱۲۱۸	۱۸۷۱	۳۰۸۹

بر اساس جدول، ارائه خدمات آزمایشگاهی توسط ۳۰۸۹ آزمایشگاه فعال در برنامه (۲۷۶۵ آزمایشگاه دولتی و ۳۲۴ آزمایشگاه از طریق خرید خدمت از بخش غیردولتی) و ارائه خدمات رادیولوژی در ۱۷۱۲ مرکز دولتی و ۲۵۰ مرکز غیردولتی ارائه شده است.

نیروی انسانی بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت

وضعیت نیروی انسانی برنامه پزشک خانواده روستایی در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸. وضعیت نیروی انسانی دارای قرارداد پزشک خانواده روستایی در سال های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶

ردیف	عنوان	سال ۱۳۹۳		سال ۱۳۹۴		سال ۱۳۹۵		سال ۱۳۹۶	
		مورد نیاز برنامه	موجود	مورد نیاز برنامه	موجود	مورد نیاز برنامه	موجود	مورد نیاز برنامه	موجود
۱	پزشک	۷۳۳۷	۶۶۰۴	۷۴۸۸	۶۸۵۲	۷۵۰۰	۶۶۴۱	۷۵۰۰	۶۵۶۹
۲	ماما	۵۱۲۸	۵۰۶۰	۵۳۶۴	۵۲۸۵	۵۳۹۲	۵۳۷۷	۵۳۹۲	۵۱۹۲
۳	پرستار	۸۷۹	۳۳۴			۱۷۲۵	۸۰۶		
۴	آزمایشگاه	۹۳۷	۶۵۸			۲۱۱۴	۱۵۰۳		
۵	رادیولوژی	۲۳۱	۶۵			۱۹۹	۹۸		
۶	دندان پزشک			۱۴۹۱	۱۱۸۸	۱۸۷۶	۱۴۷۶	۱۸۷۶	۱۴۷۶
۷	بهداشتکار دهان و دندان			۴۸۳	۱۲۲	۳۳۱	۱۰۵		
۸	مراقب سلامت دهان					۱۳۸۳	۱۴۶		

برخی از خانه‌ها، به دلیل آن که در طی آن سال تغییری در اعداد ایجاد نشده است، خالی می‌باشند.

بر اساس شاخص‌هایی که در جدول ۸ ارائه شده، برنامه پزشک خانواده مورد ارزیابی قرار گرفته است. طبق جدول مذکور، در سال ۱۳۹۶، ۶۵۶۹ پزشک خانواده روستایی در مراکز بهداشت ارائه خدمت می‌کنند.

در جدول ۹، وضعیت شاخص‌های برنامه پزشکی خانواده روستایی ارائه شده است. این جدول نشان می‌دهد درصد ارجاع به سطح دو در سال ۱۳۹۵ در حدود ۸/۵ درصد است.

جدول ۹. وضعیت شاخص‌های برنامه پزشکی خانواده روستایی

ردیف	عنوان شاخص	استاندارد	سال ۱۳۹۳	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۵
۱	درصد ارجاع به سطح دو	۱۰	۹	۸/۲۷	۸/۵
۲	درصد ده گردشی انجام شده	۱۰۰	۸۳	۸۵/۵	۸۶/۴
۳	میانگین ارقام دارویی نسخ پزشکان خانواده	۲/۵-۳	۲/۸۸	۲/۹	۲/۹

خدمات سلامتی که در برنامه پزشکی خانواده ارائه می‌شود در ادامه آورده شده است:

- ادغام برنامه‌های کنترل بیماری‌های غیرواگیر (کنترل فشارخون و دیابت، ارتقاء سلامت روان و غربالگری هیپوتیروئیدی نوزادان)؛
- تهیه و تدوین بسته خدمت سلامت برای تمام گروه‌های سنی؛
- اجرای برنامه ملی خودمراقبتی از طریق تربیت سفیران سلامت در جمعیت تحت پوشش؛
- راه‌اندازی پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اطلاعات جمعیت تحت پوشش؛
- انجام یک نوبت خدمت سونوگرافی رایگان معمول بارداری برای مادران باردار؛
- انجام رایگان آزمایش‌های معمول دوران بارداری؛
- تأمین ۷ قلم مکمل دارویی برای مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و جمعیت گروه هدف تحت پوشش؛
- ادغام و راه‌اندازی مراقبت‌های اورژانسی؛
- تأمین ۴۳۶ قلم دارو برای مراکز مجری برنامه از سال ۱۳۹۴؛
- تأمین مکمل‌های دارویی مادران باردار و شیرده (شامل: قرص آهن، قرص اسیدفولیک و قرص مولتی‌ویتامین)، کودکان زیر دو سال (شامل قطره‌های AD، آهن و مولتی‌ویتامین) و دختران دوره ابتدایی به بالا و پسران دوره متوسطه به بالا (شامل مکمل ویتامین D و قرص ویتامین D<sub>3</sub>)؛
- توزیع واکسن پنتاوالان در تمام خانه‌ها و پایگاه‌های بهداشت؛
- ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان به جمعیت تحت پوشش که در ادامه، شرح داده شده است؛
- ارائه خدمات آزمایشگاهی (در ادامه شرح داده شده است).

تأمین ۷ قلم مکمل دارویی برای مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و جمعیت گروه هدف تحت پوشش انجام شد.

تأمین ۴۳۶ قلم دارو برای مراکز مجری برنامه در دستورکار قرار گرفت.

توزیع واکسن پنتاوالان در تمام خانه‌ها و پایگاه‌های بهداشت انجام شد.



## خدمات بهداشت دهان و دندان

خدمات بهداشت دهان و دندان ارائه شده به جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده روستایی عبارتند از:

- تهیه شناسنامه الکترونیک سلامت دهان و دندان؛
- راه اندازی سایت اداره بهداشت دهان و دندان؛
- تهیه محتوای آموزشی ویژه مراقبین سلامت؛
- چاپ و توزیع کتاب دانستنی‌های بهداشت دهان و دندان در سطح مدارس ابتدایی (شهری)؛
- توزیع وسایل کمک آموزشی در سطح ۶۰ هزار مدرسه ابتدایی؛
- برگزاری جلسات آموزشی برای ۱۵ هزار نفر از کارکنان مراکز بهداشت؛
- انجام معاینات غربالگری برای ۷ میلیون دانش آموز ابتدایی و ورود اطلاعات به سامانه مربوطه؛
- ارائه خدمات وارنیش فلوراید به یک میلیون و ۷۰۰ هزار نفر دانش آموز پایه اول ابتدایی و هفت میلیون دانش آموز دوره ابتدایی؛
- تکمیل و تجهیز یک هزار مرکز بهداشتی و درمانی برای ارائه خدمات سلامت به دانش آموزان؛
- راه اندازی ۵۰۰ پایگاه سلامت دهان و دندان سیار در سطح مدارس ابتدایی.

## خدمات آزمایشگاهی

خدمات آزمایشگاهی ارائه شده به جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده روستایی در ادامه ارائه شده است. سطح بندی خدمات آزمایشگاهی از جمله اقداماتی بود که با آغاز برنامه طرح تحول نظام سلامت در آزمایشگاه مرجع سلامت ملی آغاز شد. خدمات آزمایشگاهی به شرح زیر بوده و این خدمات رایگان ارائه می‌شود:

- آزمایش‌های مادران باردار شامل گروه‌های خونی، آزمایش خون و شمارش افتراقی سلول‌های خونی، آزمایش آنالیز کامل ادرار، کشت ادرار و آزمایش کومبس غیرمستقیم (مادران RH منفی) - VDRL - TSH - FBS و HBSAg (در صورت نیاز)؛
- آزمایش غربالگری دیابت و غربالگری اختلال چربی، قند و کلسترول سرم؛
- آزمایش غربالگری دیابت بارداری - Glucose Challenge Test (GCT) Oral Glucose Tolerance Test (OGTT)؛
- آزمایش‌های غربالگری نوزادان، اندازه‌گیری TSH و اندازه‌گیری کمی فنیل آلانین (PKU).

سطح بندی خدمات  
آزمایشگاهی از  
جمله اقداماتی بود  
که با آغاز برنامه  
طرح تحول نظام  
سلامت در  
آزمایشگاه مرجع  
سلامت ملی آغاز  
شد.

## استقرار پایگاه‌های اورژانس بین جاده‌ای برای ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی به ساکنین مناطق روستایی و عشایری

اگرچه راه‌اندازی پایگاه‌های اورژانس و فوریت‌های پزشکی بین جاده‌ای و مناطق شهری از وظایف محول شده به معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است، متأسفانه در متن قانون و در تکالیف قانونی، راه‌اندازی پایگاه‌های اورژانس در مناطق روستایی در نظر گرفته نشده بود. به همین دلیل ناگزیر وظیفه انتقال بیماران اورژانسی مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت روستایی برعهده معاونت بهداشت دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور قرار داده شد.

### برنامه ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر ایران از طریق ایجاد و راه‌اندازی خانه بهداشت عشایری

عشایر در ایران به‌عنوان قشری آسیب‌پذیر تلقی می‌شوند؛ لذا از سال ۱۳۹۴ براساس تکالیف قانونی و تصویب هیأت وزیران، برنامه ارائه مراقبت‌های سلامتی به جمعیت عشایر کشور، در دستور کار مرکز مدیریت شبکه قرار گرفت و از طریق ایجاد و راه‌اندازی خانه‌های بهداشت عشایری به مرحله اجرا در آمد. اقدامات انجام شده برای عشایر عبارتند از:

- جمع آوری اطلاعات مربوط به خانوارهای عشایری؛
- ساخت و تجهیز حدود ۱۵۰ خانه بهداشت عشایری برای ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه سلامتی به جمعیت عشایر؛
- ساماندهی بخش بزرگی از جمعیت عشایر کشور از طریق خانه‌های بهداشت غیر عشایری؛
- تدوین و نهایی سازی برنامه راهبردی ۵ ساله سلامت، بیمه و خدمات حمایتی جمعیت عشایری؛
- طراحی مقدماتی افزایش پوشش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی برای این جمعیت با استفاده از راهکارهای مناسب ترغیب پزشک به حضور در کنار چادرهای عشایر و ارجاع آنان به سطوح بالاتر؛
- افزایش سرانه بهداشت جمعیت «عشایری کوچ رو» از محل اعتبارات یک درصد مالیات بر ارزش افزوده.

در مجموع، اقدامات انجام شده در قالب برنامه پزشک خانواده روستایی، منجر به گسترش این برنامه به تمام جمعیت ساکن و غیرساکن روستایی شده است. تدوام و ارتقاء برنامه‌های مراقبت سلامت اولیه نیز منجر به دستیابی این جمعیت به اساسی‌ترین خدمات سلامتی هدفگذاری شده در برنامه پوشش همگانی سلامت خواهد شد. لذا این بخش از خدمات سلامت در ایران هم‌اکنون مورد توجه ویژه قرار دارد.

ساخت و تجهیز  
حدود ۱۵۰ خانه  
بهداشت عشایری  
برای ارائه خدمات  
مراقبت‌های اولیه  
سلامتی به جمعیت  
عشایر صورت  
گرفت.

# ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه سلامتی (خدمات نوین سلامت) به حاشیه‌نشینان و شهرهای دارای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت (اصلاح و هماهنگ‌سازی روش ارائه خدمات سلامت در شهرها)



## اسناد بالادستی مرتبط با بسته

برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب دی ۱۳۸۹، اجرای ۱۳۹۴-۱۳۹۰)

بند (ج) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف نموده است «سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت» را مبتنی بر خدمات اولیه سلامت، با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، باز طراحی و برنامه اجرایی آن را با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه یافته به ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری تصویب و عملیاتی کند. به‌منظور استقرار و پشتیبانی از این سامانه، دولت محترم به استناد بند (ب) ماده ۳۸ قانون برنامه، اساسنامه بیمه سلامت ایران را در تاریخ ۱۳۹۱/۵/۲۲ و به استناد بند (د) ماده ۳۲، آیین‌نامه اجرایی نظام درمانی کشور را در تاریخ ۱۳۹۲/۲/۳ و به استناد بند (ز) ماده ۳۸، آیین‌نامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت را در تاریخ ۱۳۹۳/۱/۲۸ تصویب کرد.

## سیاست‌های کلی جمعیت، ابلاغی مقام معظم رهبری

۲. تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات؛  
۸. افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع؛

## وضعیت قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

پیرو توسعه و تغییرات جمعیتی کشور در چند ده سال اخیر، نیازهای مردم در حوزه سلامت و همین‌طور الگوی بیماری‌ها تغییرات بنیادین یافته است. پس از حدود چهل سال که شبکه خدمات سلامت در کشور مستقر شده، نیاز به باز طراحی شبکه و همین‌طور باز طراحی بسته‌های خدمتی بیش از پیش حس می‌شد و زمانی که به اقامتگاه‌های غیررسمی و پدیده حاشیه نشینی در اغلب شهرهای کشور توجه شود، نیاز به استقرار و ساماندهی این خدمات برای جمعیت حدود ده میلیونی حاشیه نشین دو چندان احساس می‌شود، جمعیتی که پیرو سیاست‌های توسعه‌ای و با امید به اشتغال و زندگی بهتر از روستاها به حاشیه شهرها مهاجرت کرده‌اند. این افراد در محله‌هایی اقامت دارند که اغلب استانداردهایی حتی پایین‌تر از مناطق روستایی مبدأ داشته و حضور حاکمیت و خدمات‌رسانی در آن‌ها به دلایل مختلف نادیده گرفته شده است.

## وضعیت بعد از اجرای برنامه طرح تحول نظام سلامت تا اسفند ۱۳۹۶

این طرح با هدف گذاری یک پایگاه سلامت برای هر ۱۲۵۰۰ نفر از جمعیت شهری و یک مرکز جامع خدمات سلامت به ازای هر ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت راه اندازی و تدوین شد و جمعیت هدف ۳۴ میلیون نفر ساکنین مناطق شهری و نیز بیش از ۱۰ میلیون نفر ساکنین سکونتگاه‌های غیررسمی (حاشیه نشینان) بود.

برای اجرای صحیح و دقیق این برنامه نشست‌های مشترکی با حضور معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رؤسا و معاونین بهداشت و توسعه دانشگاه‌های علوم پزشکی برقرار شد. در این جلسات تبیین دستورالعمل‌ها و چگونگی فرآیندهای اجرایی برنامه مورد بحث و بررسی قرار گرفت و در نهایت اقدامات زیر انجام شد:

۱. انجام سرشماری جمعیت ساکن در مناطق حاشیه و سکونتگاه‌های غیررسمی در کل کشور (این مهم برای نخستین بار در کشور انجام شد)؛

۲. اجرای سرشماری از واحدهای ارائه دهنده خدمت در بخش دولتی و غیردولتی فعال در مناطق حاشیه‌ای و سکونتگاه‌های غیررسمی در کل کشور؛

۳. تدوین برنامه خدمت پایه سلامت مشتمل بر ۱۱ حیطه مختلف:

- خود مراقبتی؛
- غربالگری هدفمند و شناسایی زودرس عوامل خطر و بیماری‌ها؛
- ارزیابی کامل، تشخیص و شروع درمان بیماری‌های مزمن؛
- سلامت باروری، سلامت کودک و سالمند؛
- مشاوره و مراقبت روانشناختی؛
- مشاوره و مراقبت از رژیم غذایی و تحرک فیزیکی؛
- مشاوره و مراقبت اجتماعی؛
- حفظ و ارتقای نظام مدیریت بیماری‌های واگیر؛
- سلامت دهان و دندان؛
- سلامت محیط و کار؛
- سلامت در بلایا.

در ضمن بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت، برنامه پزشک خانواده شهری با الگوی اجرا شده در برنامه روستایی و بهره گرفتن از مشارکت بخش خصوصی در تمام شهرها آغاز شد. به این ترتیب ارائه خدمات از طریق توسعه تعاونی‌ها، بخش خصوصی، نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی تعیین صلاحیت شده با نظارت و حمایت دولت و استفاده از شیوه‌های زیر آغاز و انجام شد:

- اعمال حمایت‌های لازم از بخش تعاونی، خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی؛
- خرید خدمات از بخش تعاونی، خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی از طریق پرداخت سرانه مشخص؛
- عقد قرارداد با اشخاص حقیقی.

بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت، برنامه پزشک خانواده شهری با الگوی اجرا شده در برنامه روستایی و بهره گرفتن از مشارکت بخش خصوصی در تمام شهرها آغاز شد.

برای تامین نیروی انسانی لازم جهت اجرای برنامه پزشک شهری اقداماتی انجام شد که عبارتند از:

- مراقب سلامت مستقر در پایگاه سلامت؛
- کارشناس مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در شهر و حاشیه شهر (مناطق نابسامان و سکونت‌گاه‌های غیررسمی)، مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت؛
- کارشناس سلامت روان در شهر و حاشیه شهر (مناطق نابسامان و سکونت‌گاه‌های غیررسمی)، مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت؛
- کاردان/ کارشناس بهداشت محیط مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت؛
- کاردان/ کارشناس بهداشت حرفه‌ای مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت.

در جدول‌های ۱۰، ۱۱ و ۱۲ تعداد مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه سلامت در شهرها و تعداد نیروها و تغییرات پوشش خدمات این مراکز ارائه شده است.

**جدول ۱۰. عملکرد برنامه تحول گسترش شبکه بهداشت در مناطق حاشیه نشین و شهری از نظر تعداد واحد ارائه دهنده خدمت**

ردیف	نوع واحد	مناطق حاشیه نشین و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر در سال ۱۳۹۴			مناطق حاشیه نشین و شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر در سال ۱۳۹۶		
		برونسپاری	دولتی	کل	برونسپاری	دولتی	کل
۱	پایگاه سلامت	۸۹۰	۱۰۶۵	۱۹۵۵	۱۶۷۴	۳۰۵۴	۴۷۲۸
۲	مرکز خدمات جامع سلامت شهری	۱۹۷	۶۲۱	۸۱۸	۳۰۳	۱۸۱۰	۲۱۱۳
۳	کل جمعیت	۱۴۷۷۴۶۴۸			۵۳۲۲۲۴۵۱		

**سرشماری جمعیت ساکن در مناطق حاشیه و سکونت‌گاه‌های غیررسمی کل کشور برای نخستین بار انجام شد.**

**جدول ۱۱. تعداد نیروی ارائه دهنده خدمت به کارگیری شده در مناطق حاشیه نشین و شهری با همکاری بخش خصوصی**

ردیف	نوع نیروی به کارگیری شده از بخش خصوصی	مناطق حاشیه و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر در سال ۱۳۹۴	مناطق حاشیه و شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر در سال ۱۳۹۶
۱	پزشک عمومی	۴۲۶	۱۱۱۱
۲	مراقب سلامت	۴۱۴۸	۹۹۰۳
۳	کارشناس سلامت روان	۵۳۱	۱۲۷۳
۴	کارشناس تغذیه	۴۷۷	۹۶۱
۵	کارشناس بهداشت محیط و حرفه‌ای	۲۰۸	۲۱۶۶
۶	کل نیرو (نیروهای فوق + سایر)	۸۷۳۶	۱۹۱۰۸

**جدول ۱۲. تغییرات پوشش خدمات در منطقه حاشیه نشین و شهری قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت تا پایان سال ۱۳۹۶**

ردیف	در مناطق حاشیه نشین				در مناطق شهری	
	قبل از اجرای طرح تحول (۱۳۹۲)	بعد از اجرای طرح تحول (۱۳۹۶)	قبل از اجرای طرح تحول (۱۳۹۲)	بعد از اجرای طرح تحول (۱۳۹۶)		
۱	۱۰	۹۲	۲۵	۹۷	درصد پوشش خدمات	
۲	-	۸۰	-	۶۵	درصد دریافت خدمات به صورت فعال	
۳	۷۸		۸۲		درصد جمعیت ثبت شده در سامانه سیب از کل جمعیت	

# تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران

## اسناد بالادستی مرتبط با بسته

### سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری

۲. تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات؛  
۸. افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و  
تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و  
درمانی منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع؛

## وضعیت قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

اولین تجربه تصمیم برای پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده در مناطق شهری مربوط به سال ۱۳۸۱ است، اما در آن زمان گام عملی برای اجرای برنامه برداشته نشد. قرار بود این برنامه در چهار استان خراسان رضوی، آذربایجان شرقی، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان به صورت پایلوت اجرا شود که انجام نشد.

در مرحله بعد، تصمیم هیأت دولت برای بازسازی نظام سلامت و تصمیم نمایندگان مجلس شورای اسلامی مبنی بر اختصاص منابع مالی کافی برای بیمه روستائیان و صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی، زمینه و بستر مناسب را برای اجرای برنامه پزشکی خانواده فراهم آورد. براین اساس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در سال ۱۳۸۴ از فرصت پیش آمده برای استقرار پزشکی خانواده در روستاها و شهرهایی با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر بهره بردند و سپس در آبان ماه سال ۱۳۸۹ تفاهم‌نامه‌ای برای اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشکی خانواده در سه استان منتخب میان وزارتخانه‌های مذکور به امضا رسید. این تفاهم‌نامه با موضوع استقرار بیمه همگانی سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع برای تمامی جمعیت شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت استان‌های چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان منعقد شد.

پس از شروع برنامه در استان های مورد نظر، کارشناسان دانشگاه های علوم پزشکی با مشکلات و چالش های اجرایی مواجه شدند؛ لذا یک تیم کارشناسی در سطح ملی تشکیل شد و با بررسی مشکلات و برگزاری جلسات متعدد با تیم های کارشناسی استان های مجری، در شهریور ماه سال ۱۳۹۰ گزارشی به هیأت دولت ارائه دادند.

با طرح این گزارش در هیأت دولت، اعلام شد که تا پایان سال ۱۳۹۲ برنامه باید در کل کشور اجرایی شود. با این تصمیم، شورای عالی سلامت نیز در تاریخ ۲۶ فروردین ماه ۱۳۹۱ دستور العمل اجرایی نسخه (۰۲) را تصویب کرد تا از این طریق، پشتوانه سیاسی لازم را برای برنامه ای که سیاستگذاران ارشد کشور بر اجرای سریع آن تأکید داشتند، تأمین کند. از تابستان سال ۱۳۹۱ برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری براساس نسخه (۰۲) دستور العمل اجرایی، در استان فارس و از پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد.

**بعد از شروع طرح تحول نظام سلامت، برنامه پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران ادامه پیدا کرد.**

از ابتدای سال ۱۳۹۲ تغییرات کلانی در روند اجرا و دستور العمل اجرایی برنامه به وجود آمد اما به دلیل خلاصه بودن بیش از حد دستور العمل، شیوه نامه اجرایی آن نیز با فراز و نشیب های متعدد، تدوین و تصویب گردید. در اردیبهشت ماه ۱۳۹۲ طی تفاهم نامه ای که میان وزرای دو وزارتخانه متولی برنامه و معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری منعقد شد، اجرای برنامه در ۸ استان دیگر کشور در دستور کار «ستاد اجرایی کشوری برنامه» قرار گرفت؛ استان های مذکور عبارت بودند از: خوزستان، خراسان جنوبی، آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، قزوین، یزد، اردبیل و سیستان و بلوچستان.

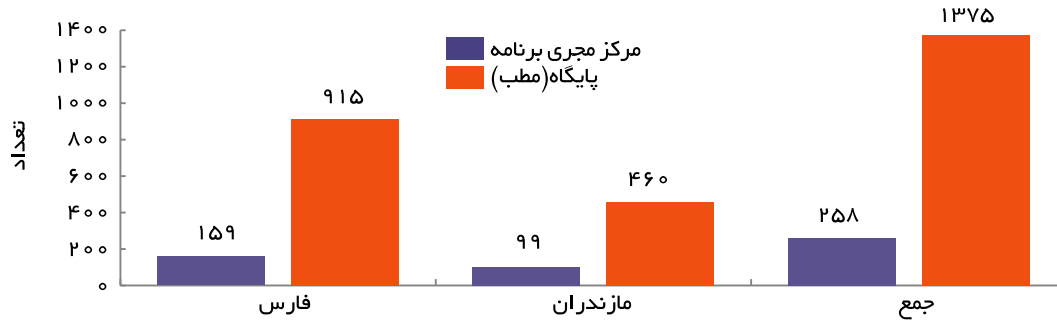
گزارش های ارسالی از استان های منتخب، حاکی از آن بود که به جز فعالیت هایی که متعاقب جلسات اولیه در استان ها شروع شده بود، به دلیل ابهام در مورد آینده برنامه، ادامه کار با سرعت بسیار پایینی پیگیری می شد. به همین دلیل، این برنامه تا این زمان فقط در دو استان فارس و مازندران اجرایی شده و تا قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت، برنامه پزشک خانواده در سطح ملی به مرحله اجرا نرسید.

**وضعیت بسته بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت تا انتهای سال ۱۳۹۶**

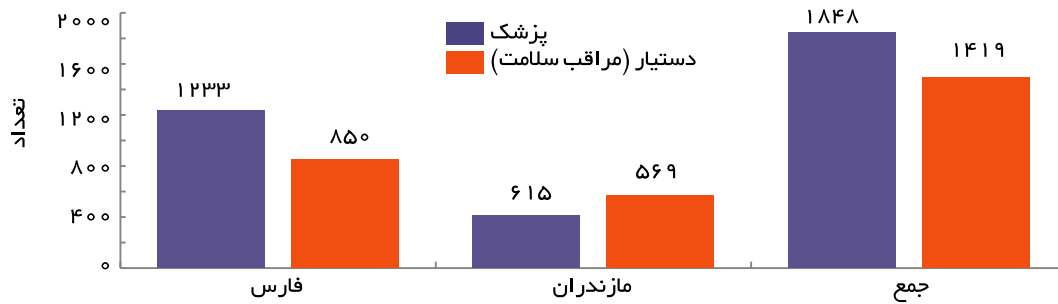
بعد از شروع طرح تحول نظام سلامت، برنامه پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران ادامه پیدا کرد و در نمودارهای ۲۱ و ۲۲ به ترتیب وضعیت این برنامه از نظر واحدهای ارائه دهنده خدمت و نیروی انسانی و در جداول ۱۳ و ۱۴ به ترتیب جمعیت تحت پوشش و شاخص های برنامه پزشک خانواده شهری ارائه شده است.



نمودار ۲۱. واحدهای ارائه دهنده خدمت به تفکیک دانشگاه در سال ۱۳۹۳



نمودار ۲۲. نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت به تفکیک دانشگاه در سال ۱۳۹۳



جدول ۱۳. جمعیت مشمول برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های مجری

ردیف	استان	کل جمعیت مشمول برنامه	جمعیت ثبت نام شده	جمعیت دارای پزشک		
				تأمین اجتماعی	بیمه سلامت	کمیتة امداد
۱	فارس	۳۱۸۴۹۳۵	۳۰۴۳۴۶۸	۱۸۰۲۲۶۳	۱۲۰۸۸۲۱	۲۹۴۹۵
۲	مازندران	۱۶۰۵۴۳۲	۱۵۱۹۹۳۲	۹۵۶۶۰۹	۵۳۸۱۴۴	۱۷۲۷۰
۳	کل	۴۷۹۰۳۶۷	۴۵۶۳۴۰۰	۲۷۵۸۸۷۲	۱۷۴۶۹۶۵	۴۶۷۶۵

جدول ۱۴. شاخص‌های برنامه پزشک خانواده شهری در ایران در سال ۱۳۹۳

ردیف	استان	میانگین تعداد ویزیت ماهیانه پزشکان خانواده	تعداد بیماران دیابتی شناسایی شده	تعداد بیماران دیابتی مراقبت شده	تعداد بیماران پرفشار خون شناسایی شده	تعداد بیماران خود مراقبت شده
۱	فارس	۶۰۹۱۱۵	۱۴۰۹۱۲	۱۱۵۷۷۳	۲۴۹۹۶۲	۲۲۴۰۵۹
۲	مازندران	۸۵۹۴۹۵	۲۴۶۸۱۳	۲۰۱۱۳۱	۳۸۲۷۱۲	۲۹۳۸۶۲
۳	کل	۱۴۶۸۶۱۰	۳۸۷۷۲۵	۳۱۶۹۰۴	۶۳۲۶۷۴	۵۱۷۹۲۱

## اسناد بالادستی مرتبط با بسته

برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب دی ۱۳۸۹، اجرای ۱۳۹۴-۱۳۹۰) و  
برنامه پنج ساله ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران (مصوب اسفند ۱۳۹۵، اجرای ۱۴۰۰-۱۳۹۶)

ارزیابی اسناد بالادستی نشان می‌دهد که اجرای نظام ارجاع الکترونیک در برنامه پنجم توسعه درج و در  
برنامه ششم توسعه نیز ادامه پیدا کرده است. بندهای مرتبط به برنامه در زیر ارائه شده است:

- مصوبه شماره ۸۳۵/ت/۵۵۰۴۱۶ مورخ ۹۳/۱/۱۶ هیأت وزیران، بند ۹ تبصره ۹ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۹۳؛
- بند «د» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی؛
- بند «د» فصل دوم تفاهم نامه نحوه هزینه کرد یک درصد مالیات بر ارزش افزوده به شماره ۹۴/۷/۱۸ مورخ ۲۰۵/۱۴۲۴؛
- ماده ۷۰ و ۷۴ برنامه ششم توسعه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی.

## وضعیت قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

قبل از سال ۱۳۹۳ اقدامی که در حوزه سلامت منجر به تشکیل پرونده الکترونیک و سپس  
استقرار نظام ارجاع الکترونیک شده باشد، به‌طور رسمی معرفی و اعلام نشده است.

## وضعیت بسته بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت تا انتهای سال ۱۳۹۶

- برای تبیین بهتر موضوع، فعالیت‌های انجام شده در سه دوره زمانی زیر ارائه می‌شود:
- الف) از آغاز اجرای طرح تحول نظام سلامت (۱۳۹۲) تا انتهای سال دوم برنامه (۱۳۹۳)؛  
ب) در سال ۱۳۹۵؛  
ج) در سال ۱۳۹۶.

## الف) از آغاز اجرای طرح تحول نظام سلامت (۱۳۹۲) تا انتهای سال دوم برنامه (۱۳۹۳)

- تدوین تفاهم‌نامه نحوه هزینه کرد یک درصد مالیات بر ارزش افزوده در حوزه سلامت؛
- تنظیم توافق نامه در راستای ارتقاء سطح سلامت روستائیان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت در حوزه درمان با محوریت مواد زیر:
- ماده ۱- کاهش فرانشیز به ۵ درصد برای بیمه شدگان روستایی در نظام ارجاع خدمات بستری؛
- ماده ۲- جبران هزینه‌های سازمان بیمه سلامت، ناشی از اجرای کتاب جدید ارزش نسبی در صندوق روستائیان؛
- ماده ۳- تخفیف ارزش نسبی برای بیمه شدگان روستایی در نظام ارجاع؛
- ماده ۴- تأمین هزینه‌های اجرای برنامه نظام ارجاع سطح دوم و سوم بیمه شدگان روستایی.

- برگزاری جلسات تخصصی معاونت‌های درمان و بهداشت وزارت متبوع با سازمان بیمه سلامت، دفتر آمار و فناوری اطلاعات، شرکت پیمانکار و اتخاذ تصمیم در خصوص به‌کارگیری سامانه‌ای برای تکمیل اطلاعات ارجاع و پس‌خور اند؛
- تدوین پیش‌نویس دستورالعمل اجرایی برنامه نظام ارجاع؛
- بررسی عملکرد نرم‌افزار سیب در برقراری نظام ارجاع بیماران در سطوح اول، دوم و سوم (در خانه بهداشت و مرکز سلامت جامع اسلامشهر و بیمارستان ضیائیان).

### ب) فعالیت‌های انجام شده در سال ۱۳۹۵

- برگزاری جلسه کمیته کشوری پزشکی خانواده و نظام ارجاع در تاریخ ۲۷ تیر ماه سال ۱۳۹۵ و تصویب طرح ارائه راه حل عملیاتی مبتنی بر فناوری اطلاعات توسط دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت متبوع با مشارکت معاونت‌های بهداشت، درمان و سازمان بیمه سلامت با قابلیت اجرا در سطح ملی؛
- برگزاری جلسات کمیته فنی آمار و فناوری اطلاعات با حضور نمایندگان معاونت درمان، معاونت بهداشت و سازمان بیمه سلامت برای تدوین سند تبادل اطلاعات به تفکیک سطح اول و دوم؛
- امکان‌سنجی استقرار نظام ارجاع در چهار دانشگاه زنجان، یزد، خراسان شمالی و اردبیل؛
- اخذ نظرات دانشگاه‌های منتخب (زنجان، مراغه، خراسان شمالی، یزد، قم، اردبیل و بوشهر) در خصوص مفاد ویرایش دستورالعمل اجرایی نظام ارجاع؛
- برگزاری جلسه با حضور معاونین بهداشت و درمان وزارت متبوع و رؤسای هفت دانشگاه و معاونین مربوطه برای اجرای برنامه نظام ارجاع در کلیه سطوح دانشگاهی؛
- جمع‌بندی و اعمال نظرات معاونین بهداشت دانشگاه‌های کشور در خصوص دستورالعمل اجرایی نظام ارجاع.

### ج) فعالیت‌های انجام شده در سال ۱۳۹۶

- طرح موضوع استقرار نظام ارجاع، مربوط به افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای ۲۰ هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری در جلسات کمیته بهداشت دبیرخانه طرح تحول نظام سلامت؛
- ابلاغ «دستورالعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع (گام اول) مربوط به افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری» برای ۱۰ دانشگاه علوم پزشکی مشهد، قم، یزد، کرمانشاه، خراسان شمالی، زنجان، مراغه، بوشهر، گلستان و اردبیل توسط وزیر بهداشت؛
- بازدید نمایندگان معاونت‌های بهداشت و درمان و دفتر فناوری اطلاعات وزارت متبوع و نمایندگان سازمان بیمه سلامت از اقدامات انجام شده برای استقرار نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان؛
- تدوین فلوچارت مراحل ارجاع بیمار؛
- افتتاح اجرای نظام ارجاع الکترونیک در سه شهرستان (علی‌آباد کتول، آق‌قلا و بندر ترکمن) استان گلستان با حضور وزیر بهداشت؛
- تبادل اطلاعات بین سامانه‌های سطح یک و دو توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی اردبیل و زنجان.

## پرونده الکترونیک سلامت (سامانه سیب)

**وضعیت قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت**  
قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت، هیچ اقدامی در این مورد انجام نشده بود.

**وضعیت بسته بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت تا انتهای سال ۱۳۹۶**  
ایجاد پرونده الکترونیک سلامت، رکن اساسی در ارائه خدمات سلامت محسوب می‌شود. در این راستا و از دی ماه ۱۳۹۴، با راه‌اندازی سامانه سیب در دانشگاه‌های علوم پزشکی، سامانه سینا در دانشگاه علوم پزشکی مشهد و سامانه ناب در دانشگاه علوم پزشکی گلستان، تا پایان اسفند ماه ۱۳۹۶ برای بیش از ۷۴ میلیون نفر از جمعیت کشور، پرونده الکترونیک تشکیل شد.

پرونده الکترونیک سلامت شامل داده‌ها و سوابق جمعیتی، سلامت و پزشکی افراد است که در مواقع لزوم امکان دسترسی متخصصان (با رعایت کامل اصول محرمانه بودن و امنیت) به این اطلاعات را از هر نقطه فراهم می‌کند. با اتخاذ این شیوه، مشکلات مرسوم در دسترسی به سوابق پزشکی افراد از جمله لزوم ارسال مستندات به صورت فیزیکی یا مفقودی برخی از اجزای پرونده، به‌طور کامل رفع شده است. به علاوه فناوری اطلاعات ابزارهای سودمندی را برای مدیریت و استخراج اطلاعات متنوع از جمله گزارش آماری در قالب نمودار دوره‌های زمانی مشخص از پرونده الکترونیک سلامت فراهم کرده است.

### عمده‌ترین اهداف در حوزه خدمات الکترونیک سلامت

۱. ایجاد پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان؛
۲. برقراری عدالت اجتماعی و دسترسی عادلانه عموم شهروندان به خدمات سلامت با کیفیت و مدیریت شده؛
۳. ارائه هوشمند خدمات سلامت به افراد، براساس ویژگی‌های فردی (سن، جنسیت، بیماری، بارداری و...)، خانوادگی (عوامل ژنتیکی و محیطی) و بر مبنای برنامه‌های ملی سلامت به‌صورت فعال، با امکان رصد دائم گروه‌های نیازمند مراقبت بیشتر (نوزادان و کودکان، مادران باردار، سالمندان و...)
۴. مدیریت اطلاعات در حوزه سلامت ایرانیان؛
۵. کمک به اجرای طرح‌های ملی در حوزه سلامت، از جمله برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و سایر طرح‌ها از طریق ارتباط و دادوستد اطلاعات با سایر سامانه‌های مستقر در حوزه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛

تا پایان اسفند ماه  
سال ۱۳۹۶ برای  
بیش از ۷۴ میلیون  
نفر از جمعیت  
کشور، پرونده  
الکترونیک تشکیل  
شد.

**پرونده الکترونیک سلامت طیف وسیعی از اطلاعات سلامتی افرادی را شامل می‌شود.**

۶. تجمیع منابع اطلاعات حوزه سلامت از جمله دارونامه رسمی کشور، کدبندی اطلاعاتی موجود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مثل نظام ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت (RVU)، بیماری‌ها و تشخیص‌های پزشکی و علل مرگ (ICD-10) و... برای دسترسی کاربران نظام سلامت (پزشکان و متخصصان، مراقبین سلامت و کارشناسان، بهورزها و...)
۷. مدیریت سخت‌افزاری (مکان، تجهیزات و امکانات) و نرم‌افزاری (نحوه ارائه خدمات) واحدهای ارائه خدمت در قالب شبکه‌های بهداشت زیر مجموعه دانشگاه‌های علوم پزشکی؛
۸. امکان ارائه خدمات نظام یافته به مراکز جمعیتی از جمله مهدکودک‌ها، مدارس، دانشگاه‌ها، ادارات، واحدهای تولیدی و صنعتی، آسایشگاه‌ها و مراکز نگهداری از افراد کم‌توان و سالمندان، پادگان‌ها و...؛
۹. تأمین داده‌های لازم برای اجرای مطالعات علمی و پژوهشی.

**جامعه هدف**

از زمان شروع فعالیت سامانه‌ها در دیماه ۱۳۹۴ تا پایان اسفندماه ۱۳۹۶ برای بیش از ۷۴ میلیون نفر از جمعیت کشور پرونده الکترونیک سلامت تشکیل شده است. همچنین بیش از ۷۷۵ میلیون نفر-خدمت توسط بیش از ۱۲۵ هزار کاربر (شامل: پزشکان، کارشناسان بهداشت، مراقبان سلامت، بهورزان و سایر کارکنان فعال در این حوزه) در بیش از ۳۲ هزار مرکز ارائه‌دهنده خدمت انجام شده است؛ که نشان از کارآمدی و طراحی مناسب این سامانه دارد.

**کلیات عملکرد سامانه‌های پرونده الکترونیک سلامت**

- ثبت نام و سرشماری خدمت گیرندگان؛
- انجام غربالگری گروه‌های سنی و پیگیری‌های مربوطه؛
- ثبت وقایع و نکات مهم مؤثر بر سلامت افراد (تولد، مرگ، ازدواج، طلاق، بارداری، زایمان، بیماری‌ها، حساسیت‌ها و داروهای مصرفی)؛
- ثبت علل مرگ و تشخیص‌های افتراقی براساس کدبندی بین‌المللی بیماری‌ها، نسخه ده (ICD-10)؛
- ثبت ویزیت پزشکان و مداخلات درمانی در سطح یک؛
- ارجاع به سطح دو و سه و ثبت مداخلات مربوطه در سطوح بالاتر و ارائه بازخورد؛
- فراهم کردن امکان اجرای برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی؛
- استقرار نظام ایمن سازی و واکسیناسیون؛
- تولید نسخه الکترونیک و مبادله آن در سطح داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و رادیولوژی‌های داخلی و امکان دسترسی در سطح واحدهای خارج از مراکز درمانی؛
- تعیین نیازهای درمانی و انجام مداخلات درمانی در حوزه دندان‌پزشکی؛
- تولید خلاصه پرونده الکترونیکی؛

- تولید زیج حیاتی؛
- اجرای برنامه باروری سالم و فاصله گذاری مناسب فرزندآوری؛
- استقرار نظام مراقبت و پایش تغذیه و مداخلات مربوطه؛
- استقرار نظام مراقبت و پایش سلامت روان و مداخلات مربوطه براساس برنامه Skills Training Applied Suicide Intervention (ASIST) سازمان جهانی بهداشت؛
- استقرار برنامه غربالگری و پایش بیماری‌های ژنتیکی؛
- مدیریت منسجم واحدهای ارائه‌دهنده خدمت (تجهیزات، امکانات، موقعیت مکانی و مناطق تحت پوشش)؛
- استقرار نظام بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای (فرد و خانواده)؛
- استقرار پرونده سلامت مدارس؛
- استقرار نظام مدیریت بیماری‌های واگیر؛
- استقرار برنامه کشوری خدمات نوین سلامت شامل: بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت، سرطان‌ها و سکت‌های مغزی و شناسایی عوامل خطر شامل: اضافه وزن و چاقی، مصرف دخانیات و الکل، تغذیه نامناسب و کم تحرکی؛
- استقرار نظام محاسبه قیمت خدمات براساس ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت (RVU: Relative Value Unit)؛
- استقرار نظام پایش و مدیریت کاهش خطر بلایا.

#### ویژگی‌های نرم‌افزاری سامانه‌های پرونده الکترونیک سلامت

- تکنولوژی بالا (پیچیدگی درونی و کاربری آسان)؛
- ثبت رخدادها در محل وقوع (خدمات، مجوزها و فرآیندها)؛
- مهندسی مجدد فرآیندها (حفظ فرآیندهای لازم و حذف فرآیندهای زائد)؛
- گزارش‌های جامع و کامل توسط نظام گزارش ساز؛
- داشبوردهای مدیریتی برخط؛
- رعایت ویژگی‌ها و الزامات امنیتی در طراحی، اجرا و دسترسی کاربران؛
- تولید انبوه، پرشتاب و پیچیده داده‌ها و اطلاعات که این سامانه و بانک اطلاعاتی آن را در گروه کلان داده (Big data) قرار می‌دهد.

## اقدامات در حوزه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

افزایش روز افزون شیوع و بار ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، جوامع را در خطر بروز مرگ‌های زودرس، ناتوانی حاصل از این بیماری‌ها و در نهایت کاهش تولید و فقر قرار می‌دهد. با تغییر سبک زندگی و افزایش شهرنشینی، میزان مرگ ناشی از این بیماری‌ها در دو دهه اخیر افزایش یافته است. بی تردید کشور ما ایران نیز از خطر بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن مستثنی نیست. در دهه‌های اخیر، توسعه اقتصادی و اجتماعی و عملکرد موفق نظام مراقبت‌های سلامتی اولیه منجر به ارتقای سلامت، کنترل بیماری‌های واگیر، افزایش امید زندگی و بهبود شاخص‌های سلامتی به‌ویژه کاهش میزان مرگ و میر مادران و کودکان شده است، ولی متأسفانه معضل بیماری‌های غیرواگیر در ایران همچنان پابرجاست.

این بیماری‌ها در کشور یکی از عوامل اصلی هزینه‌های کمرشکن بوده است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیته پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ایران را به‌منظور سیاستگذاری در سطح ملی، برنامه‌ریزی، جلب مشارکت ذینفعان و همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی و هدایت مداخلات مبتنی بر اولویت تشکیل داد. این کمیته سند ملی ایران را به‌منظور پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن از سال ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴ تدوین نمود.

این سند دارای ۱۳ هدف ملی می‌باشد که ۹ مورد ابتدایی براساس اهداف سازمان جهانی بهداشت، با توجه به شرایط کشور تنظیم گردیده و ۴ هدف دیگر مختص ایران می‌باشد:

- هدف ۱:** ۲۵ درصد کاهش در خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، دیابت بیماری‌های مزمن ربوی؛
- هدف ۲:** حداقل ۱۰ درصد کاهش نسبی در مصرف الکل؛
- هدف ۳:** ۲۰ درصد کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی؛
- هدف ۴:** ۳۰ درصد کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک در جامعه؛
- هدف ۵:** ۳۰ درصد کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال؛
- هدف ۶:** ۲۵ درصد کاهش نسبی در شیوع فشار خون بالا؛
- هدف ۷:** ثابت نگهداشتن میزان شیوع بیماری دیابت و چاقی؛
- هدف ۸:** دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰ درصد از افراد واجد شرایط، برای پیشگیری از حمله‌های قلبی و سکته مغزی؛
- هدف ۹:** دسترسی به تکنولوژی‌ها و داروهای اساسی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماری‌های غیرواگیر (در بخش خصوصی و دولتی)؛
- هدف ۱۰:** به صفر رساندن میزان اسید اشباع چرب در روغن‌های خوراکی و محصولات غذایی؛
- هدف ۱۱:** ۲۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی؛
- هدف ۱۲:** ۱۰ درصد کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر؛
- هدف ۱۳:** ۲۰ درصد افزایش دسترسی به درمان بیماری‌های روانی.

این سند به منظور پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن‌ها مبتنی بر اهداف و چهار محور مدیریت و سیاستگذاری، کاهش خطر، ارتقاء نظام خدمات سلامت و پایش و دیده‌بانی این بیماری‌ها و عوامل خطر آنها تدوین گردید و مورد توشیح ریاست محترم جمهوری اسلامی ایران و ریاست محترم مجلس شورای اسلامی قرار گرفت. معاونین رئیس جمهور، ۹ تن از اعضای دولت و رؤسای سازمان‌های همکار نیز آن را تأیید نموده و این سند ملی در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به تصویب رسید.

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر به منظور اجرایی ساختن سند ملی، کارگروه‌های ملی را مبتنی بر اهداف یاد شده تشکیل داده و اجرایی نمودن این سند را به دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ نموده تا با تشکیل کمیته‌های استانی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر با رویکردی چندبخشی، برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات مناسب هزینه اثربخش انجام پذیرد. برای شکل‌گیری ضوابط همکاری بین‌بخشی، کارگروه تخصصی عوامل خطر بیماری ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با مشارکت نمایندگان ثابت دستگاه‌ها شکل گرفت. طراحی و اجرای الگوی ادغام عوامل خطر و بیماری‌های غیرواگیر در مراقبت‌های اولیه سلامت، اقدامات لازم برای ارتقای سواد سلامت مردم در حوزه غیرواگیر و اطلاع رسانی عمومی و اقدام برای همکاری بین‌بخشی در کاهش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر از فعالیت‌های انجام شده در این حوزه است.

### پیامد اجرای بسته‌های بهداشت عمومی، پیشگیری و مراقبت‌های اولیه سلامت در ایران

اجرای بسته‌های پزشک خانواده و سایر بسته‌ها در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت در جدول شماره ۱۵ ارائه شده است. مطابق این جدول، شاخص‌های پیامد در این حوزه بهبود پیدا کرده است.

جدول ۱۵. پوشش همگانی سلامت و مراقبت‌های اولیه سلامت

شاخص‌ها	۱۳۷۹	۱۳۸۹	آخرین مقادیر
مراقبت دوران بارداری (یک بار)	۹۳/۱	۹۶/۹۱	-
مراقبت دوران بارداری (۴ بار و یا بیشتر)	۷۹/۸	۸۸/۶	-
درمان آنتی بیوتیکی عفونت تنفسی کودکان زیر ۵ سال	۶۶/۳	۶۲/۵	-
زایمان توسط فرد دوره دیده	-	۹۶/۴	۹۹/۳
تشخیص و درمان سل	-	-	۶۹/۹
درمان ضد ویروسی اچ آی وی	-	-	۱۴
دسترسی به آب آشامیدنی سالم	۹۳	۹۶/۸	۹۶/۷
دسترسی به سیستم فاضلاب بهینه شده	۹۷/۷	۹۸	۹۸/۵
درمان اسهال کودکان زیر ۵ سال با (ORS)	۹۲/۹	۹۴/۸	۸۴/۹
پوشش موثر درمان فشارخون (+۱۸)*	-	-	۴۰/۱
پوشش موثر درمان دیابت (+۱۸)*	-	-	۶۱/۸
مصرف دخانیات (+۱۸)*	-	۱۰	۱۴/۱
مصرف الکل (+۱۸)*	-	-	۲
مصرف روزانه نمک (+۱۸)*	-	-	۹/۲
مصرف روزانه حداقل ۵ نوبت میوه و سبزی (+۱۸)*	-	-	۱۷/۲

\* (+۱۸): ۱۸ سال و بالاتر





حوزه دارو و تجهیزات پزشکی



## سابقه بحران دارویی قبل از طرح تحول سلامت

با تشدید تحریم‌های اقتصادی از اواسط سال ۱۳۹۱، کم‌کم آثار این تحریم‌ها در بازار دارویی خود را نشان داد. به نحوی که در سال ۱۳۹۲ و با روی کار آمدن دولت تدبیر و امید، در عمل کشور با یک بحران دارویی جدی مواجه بود. لذا اولین و مهم‌ترین مأموریت سازمان غذا و دارو در این سال رفع بحران کمبود دارو با استفاده از کلیه ابزارهای ممکن بود.

در موضوع تحریم در حوزه دارو به دو نکته اصلی باید اشاره کرد:

الف) کمبود ارز مورد نیاز برای تأمین مواد اولیه داروهای ساخته شده؛  
ب) مشکل انتقال ارز.

تحریم نفت و کاهش منابع ارزی بر تأمین ارز مورد نیاز ارزی برای خرید دارو و مواد اولیه مؤثر بوده و حتی در صورت تأمین ارز، مشکل انتقال ارز پیش می‌آمد. در این شرایط، شرکت‌های وارداتی یا تولید داخل مانند اکثر بخش‌های دیگر مجبور به استفاده از مسیرهای واسطه‌ای و غیر بانکی انتقال ارز شدند که منجر به افزایش هزینه می‌شد. شرکت‌های خارجی نیز از شرایط استفاده کرده و روش فروش خود را از حالت فروش بلندمدت غیر نقدی به فروش نقدی تغییر دادند. از سوی دیگر، دولت به‌منظور کاهش بار هزینه‌های مالی، تصمیم به تخصیص ارز مرجع و سپس مبادله‌ای به بخش واردکننده یا تولیدی دارو گرفت، ولی به دلیل عدم حصول منابع مورد نیاز و بعضاً تغییر اولویت‌های تخصیص ارز، شرکت‌های دارویی در صف تأمین ارز و نقدینگی قرار گرفته و نتیجه آن به شکل تأخیر در تأمین داروی مورد نیاز کشور بروز کرد. ضمن این که داروها و مواد اولیه دارویی وارد شده در گمرک نیز به دلیل عدم توانایی شرکت‌ها در ارائه اسناد گمرکی تسویه حساب با بانک‌های عامل (ناشی از عدم توانایی در تأمین منابع ریالی لازم)، در گمرک توقف کرده و امکان ورود به کشور را نداشتند. نتیجه کلی این مشکل به صورت بحران دارویی و کمبودهای شدید برخی از اقلام دارویی دیده شد. در این شرایط، سیستم دارویی برای تأمین داروی مورد نیاز و رفع کمبودهای دارویی، متوسل به شرکت‌های فوریتی که ماهیتاً برای رفع کمبودهای دارویی طراحی شده بودند، شدند. تصمیم اشتباه در آن مقطع این بود که به دلیل نگرانی از افزایش قیمت دارو، این شرکت‌ها هم مشمول اخذ ارز مبادله‌ای و یا مرجع شدند و در عمل در صف تأمین ارز قرار گرفتند و کارایی خود برای ورود سریع دارو و رفع کمبود را تا حد بسیار زیادی از دست دادند.

یکی از تبعات ناشی از بروز کمبودهای دارویی، اولویت تأمین دارو به هر شکل ممکن بود. بدیهی است در این شرایط، اعمال نظارت بر ایمنی، کیفیت و کارایی دارو به شکلی که در شرایط عادی انجام می‌گیرد امکان‌پذیر نبوده و اغلب برای تأمین دارو متوسل به شرکت‌های فوریتی و غیرثبتي شدند. از نتایج این موضوع، ورود برخی داروهای با کیفیت پایین‌تر از نوع اصلی از برخی کشورها مانند هند و ترکیه به کشور بود؛ چرا که تأمین دارو و انتقال وجه به این قبیل کشورها راحت‌تر از کشورهای اروپایی بود. در همان زمان گزارشات متعددی از بروز عوارض جانبی ناشی از مصرف این قبیل داروها وجود داشت و موضوعی ناگزیر و غیر قابل اجتناب بود.

## ورود دارو از کانال‌های نامطمئن از نظر کیفیت و سلامت دارو

یکی از بزرگترین تهدیدهای تأمین دارو از مسیر فوریتی و غیر ثبتي، عدم امکان اطمینان به ایمنی، کیفیت و کارایی دارو می باشد؛ چرا که براساس ضوابط ورود دارو به صورت فوریتی و تک‌نسخه‌ای، به دلیل صرفه‌جویی در وقت و تأمین سریع داروی مورد نیاز کشور، از مسیر ثبت و بازرسی فنی مکان تولید دارو چشم پوشی شده و به سیستم نظارتی کشور مبدأ اطمینان می‌شود. بدیهی است در این مسیر مسئولیت‌پذیری شرکت سازنده اصلی کم رنگ شده و در صورت بروز مشکل ناشی از مصرف دارو، امکان تعقیب قانونی سازنده وجود ندارد. متأسفانه اکثر کشورهای مبدأ واردات داروهای فوریتی (مانند ترکیه، امارات متحده عربی، یونان و ایتالیا) در بخش مناطق آزاد تجاری خود سیستم نظارتی قابل اعتمادی ندارند و در گزارش‌های بین‌المللی به‌عنوان کشورهای واجد بازار داروهای تقلبی و قاچاق شناخته می‌شوند.

## نبود امکان تأمین ذخیره مناسب به دلیل عدم امکان انتقال پول و تأمین نقدینگی

مشکل تأمین منابع ریالی مورد نیاز برای خرید و ارسال ارز باعث شد که شرکت‌های تولیدی و وارداتی توان خود را برای ایجاد و حفظ ذخیره مناسب دارویی در کشور از دست داده و زمینه ساز بروز مشکلات دارویی جدی در کشور و حتی بروز مشکلات امنیتی در بخش دارو شود.

## مشکل تبدیل ارز مرجع به مبادله‌ای (تغییرات نرخ ارز)

تغییر نرخ ارز به دو صورت بر روی بازار دارو مؤثر بود:

الف) اثر مستقیم که خود را به‌صورت افزایش قیمت داروهای وارداتی و تولید داخل نشان داد. متوسط افزایش قیمت در مورد داروهای وارداتی ۱۰۰ درصد و در مورد داروهای تولید داخل حدود ۵۰ درصد بوده است؛

ب) اثر ثانویه که باعث آسیب به شرکت‌های تولیدی و وارداتی شد. برخی از شرکت‌ها در اواخر سال ۱۳۹۱ و اوایل ۱۳۹۲ با استفاده از ارز مرجع، دارو و مواد اولیه مورد نیاز خود را وارد نموده و با توجه به تسهیلات گمرکی، آن‌ها را ترخیص و با قیمت مصوب کمیسیون قانونی قیمت‌گذاری (براساس نرخ ارز مرجع) داروی خود را وارد بازار کرده و به فروش رساندند. سپس در زمان تسویه با بانک عامل با تغییر نرخ ارز به نرخ مبادله‌ای مواجه شدند و بانک، تسویه ارزی را منوط به واریز مبلغ ارز براساس ارز مبادله‌ای نمود. با توجه به این که داروهای مورد نظر براساس نرخ ارز مرجع به فروش رسیده بود، باعث بروز مشکل و عدم امکان تسویه شرکت با بانک عامل گردید و برخی از شرکت‌های دارویی به شدت دچار مشکل شدند.

## عدم تثبیت قیمت داروها

تغییر مداوم نرخ ارز باعث عدم توانایی تثبیت قیمت دارو توسط سازمان غذا و دارو گردید. لذا کشور با پدیده چند قیمتی شدن داروها مواجه شد. بدیهی است در این شرایط امکان سوءاستفاده از بازار آشفته توسط سودجویان وجود داشته و متضرر اصلی در این زمینه، بیماران و سازمان‌های بیمه‌گر بودند.

## عدم قیمت‌گذاری داروهای فوریتی

یکی از اقداماتی که در آن مقطع سازمان غذا و دارو با نیت ورود سریع دارو به بازار انجام داد، تفویض قیمت‌گذاری داروهای وارداتی به شرکت‌های فوریتی واردکننده دارو بود. بدین صورت که با ابلاغ دستورالعمل قیمت‌گذاری به این شرکت‌ها، قیمت‌گذاری را به شرط رعایت حاشیه‌های سود تعیین شده به شرکت واگذار کردند. این موضوع با توجه به این که از طرفی، نظارتی بر چگونگی انجام این فرایند در شرکت‌ها نبود و ضمانت اجرایی لازم برای برخورد با تخلفات احتمالی هم پیش‌بینی نشده بود و از طرف دیگر، بررسی و نظارت بر روی قیمت اولیه ارزی ارائه شده توسط شرکت‌های فوریتی برای ورود دارو انجام نمی‌شد، زمینه سوءاستفاده بسیار جدی برای برخی از شرکت‌های متخلف را ایجاد نمود.

## عدم چانه‌زنی قیمت داروهای وارداتی

طبق ضوابط، قیمت‌گذاری داروهای وارداتی برند اصلی باید براساس قیمت آن داروها در کشورهای مرجع (ترکیه، یونان و اسپانیا) تعیین می‌شد که متأسفانه این موضوع رعایت نشد و بسیاری از داروها با قیمتی بالاتر از قیمت مرجع وارد کشور شدند. در حالی که بایستی کمترین قیمت دارو در این کشورها، ملاک قیمت‌گذاری داروی برند اصلی وارداتی در کشور می‌بود.

## واردات گسترده داروهای تک‌نسخه‌ای

در وضعیت آشفته بازار دارویی و عدم کنترل مناسب گمرکی، برخی از شرکت‌های وارداتی دارو در قالب مجوز واردات تک‌نسخه‌ای (که قاعداً با شرایط خاص و در تعداد محدود و برای مصرف تعدادی از بیماران) و حتی فوریتی، اقدام به واردات دارو در حجم بسیار متفاوت تر از مجوز صادره و حتی تغییر داروی وارداتی می‌نمودند. به عبارتی در پوشش مجوز رسمی، اقدام به قاچاق دارو می‌کردند.

## افزایش قیمت داروهای تولید داخل بدون محاسبه دقیق تغییرات نرخ ارز

قیمت‌گذاری داروهای تولید داخل بر اساس هزینه تمام شده تولید دارو می‌باشد. در هنگام تغییر نرخ ارز از مرجع به مبادله‌ای، در اواخر اردیبهشت ماه ۱۳۹۲، کمیسیون قیمت‌گذاری بدون بررسی واقعی تأثیر تغییر نرخ ارز بر هزینه تولید، اقدام به افزایش قیمت کلی داروهای تولید داخل در حد بالایی نمود.

## اقدامات فوری انجام شده برای رفع مشکلات دارویی در ابتدای دولت یازدهم

### مصوبات ستاد تدابیر ویژه اقتصادی

مصوبه ستاد تدابیر ویژه اقتصادی با عنوان «ترخیص با حداقل استناد» موجب شد تا با ضمانت و تعهد رییس سازمان غذا و دارو، ترخیص داروها و مواد اولیه خصوصاً موارد انباشته شده در گمرک و داروهای یخچالی و خاص انجام شود. با توجه به مشکل عدم امکان تأمین نقدینگی خرید قطعی ارز، به شرکت‌های وارداتی کمک شد تا در طی سه ماه داروی خود را به فروش رسانده و ریال مورد نیاز را برای خرید قطعی ارز تأمین نمایند.

### خروج داروهای غیر ضروری یا فوریتی از فهرست ارز مبادله‌ای

به جهت تسریع در تأمین داروهای فوریتی و داروهای غیر ضروری، این داروها از شمول دریافت ارز مبادله‌ای خارج و تأمین ارز به خود شرکت وارد کننده واگذار گردید. ضمناً با اخذ سیاست‌های مناسب، سعی شد تا تأثیر این افزایش قیمت ناشی از تفاوت نرخ ارز مبادله‌ای و آزاد به حداقل ممکن برسد.

### کنترل واردات داروهای فوریتی و واردات از کشورهای مختلف

از طریق هماهنگی با شرکت‌های تولیدی و یا ثبتی، تأمین دارو از طریق مجاری رسمی و مطمئن تر میسر و ضرورت ورود دارو از طریق شرکت‌های فوریتی کمتر شد و از ورود داروی ساخت برخی از کشورها مانند هند به‌خصوص در موارد تولیدات سفارشی و مخصوص ایران ممانعت به‌عمل آمد.

# حمایت از داروهای تولید داخل و افزایش سهم داروهای تولید داخل از بازار دارویی و کنترل قیمت دارو و تجهیزات پزشکی

# ۱۳

## اسناد بالادستی مرتبط با بسته

### سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری

۴. ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی؛
۵. ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.

### وضعیت بسته قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت، رخداد بحران کمبود دارو به دلیل افزایش نرخ ارز و از سویی تحریم‌های اقتصادی ایران (علیرغم عدم تحریم دارو)، گرانی این کالای حیاتی را در تمام سطوح ارائه خدمت در پی داشت و این خود یکی از مهم‌ترین دلایل آغاز اقدامات گسترده برای اصلاح نظام سلامت شد. همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، این مشکل در سال ۱۳۹۲ به قدری اهمیت پیدا کرد که رفع آن قبل از اعلام عمومی اجرای اصلاحات اساسی در نظام سلامت در دستور کار قرار گرفت. لذا به غیر از اهمیت تأکید اسناد بالادستی برای رفع این مشکل، رخداد آن منجر به آغاز اصلاحات اساسی در این زمینه گردید.

از آنجا که در زمان شروع به کار دولت یازدهم، قیمت دارو به صورت فزاینده‌ای افزایش پیدا کرده بود، به‌عنوان یکی از اقدامات اولیه، کنترل قیمت و سپس رفع بحران کمبود در دستور کار قرار گرفت.

### وضعیت بسته پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت تا پایان سال ۱۳۹۶

برای انجام این مداخله، سیاست‌گذاری در حوزه دارو، با حمایت بیشتر برای افزایش توانایی شرکت‌های دارویی داخلی در تولید قرین شد و از مهر ماه ۱۳۹۲ محدودیت واردات داروها و تجهیزات پزشکی مشابه تولید داخل به صورت حداکثر ۱۰ درصد اعمال گردید. سپس از واردات داروهای جدید مشابه تولید داخل (به جز در موارد کمبود و ضرورت) جلوگیری و افزایش درصد سهم ریالی داروهای تولید داخل در کل بازار اعمال شد. در نهایت



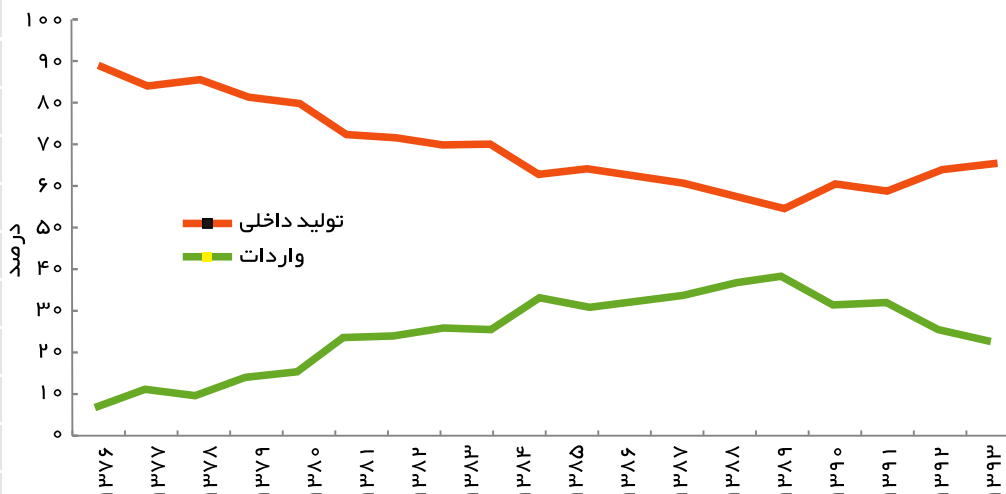
به تولیدکننده اجازه داده شد داروهای تولید داخل را تا حدود ۶۰ الی ۷۰ درصد قیمت داروهای مشابه خارجی قیمت‌گذاری کند. مداخله حمایت از بازار داخلی برای تولید دارو در کل منجر به افزایش سهم این بازار شد که در نمودار ۲۳ نمایش داده شده و به طوری که در شکل مشاهده می‌شود، این سهم به ۷۰ درصد در سال ۱۳۹۴ رسیده است. آغاز به موقع و برنامه‌ریزی شده این اقدام، منجر به رفع بحران دارویی کشور شد. در راستای کنترل قیمت دارو و با هدف حفاظت مالی از مردم، اقدامات زیادی از زمان روی کار آمدن دولت یازدهم انجام شد. این موارد عبارت‌اند از:

۱. کمک به دانشگاه‌ها برای تأمین هزینه دارویی بیماران بی‌بضاعت؛
۲. اختصاص دارو و واکسن رایگان به شبکه‌های بهداشت و درمان؛
۳. تأمین هزینه رادیو داروها؛
۴. کاهش قیمت داروهای پرهزینه برای افراد مبتلا به بیماری‌های خاص، مزمن و معب‌العلاج؛
۵. پرداخت هزینه شیرخشک و غذاهای ویژه بیماران متابولیک؛
۶. افزایش پوشش مالی یارانه دارو و براساس فهرست اعلامی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق بیمه‌ها؛
۷. کمک به سازمان‌های بیمه‌گر بابت کاهش فرانشیز سهم مبتلایان به بیماری‌های مزمن، معب‌العلاج و خاص.

هم‌زمان، اقداماتی هم برای رفع بحران کمبود دارو اتفاق افتاد که عبارت‌اند از:

۱. فراهم‌آوری داروی مورد نیاز و سپس تعهد سازمان بیمه‌گر برای پوشش قیمت و تأمین قسمتی از هزینه‌ها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛
۲. تسهیل شرایط بین‌المللی برای تأمین مواد اولیه دارویی و فرآورده‌های مورد نیاز و اخذ مصوبات لازم از دولت، ستاد تدابیر ویژه، بانک مرکزی، وزارت امور خارجه و گمرکات؛
۳. ایجاد تغییرات لازم در مقررات برای سهولت ورود داروهای مورد نیاز و نیز ارزیابی مستمر وضعیت دارویی کشور؛
۴. مدیریت داروهای پرمصرف و گران قیمت توسط سازمان‌های بیمه‌گر؛
۵. ابلاغ بخشنامه به منظور ممنوعیت ارجاع بیمار به خارج از بیمارستان برای تهیه دارو و ملزومات مصرفی؛
۶. تدوین دستورالعمل توزیع، عرضه و مصرف ملزومات پزشکی فهرست پایه در مراکز و مؤسسات پزشکی دولتی؛
۷. تأمین ملزومات مصرفی بیمار در بیمارستان‌ها؛
۸. تدوین دستورالعمل برای داروهای پرمصرف و پرهزینه در بخش بستری.

نمودار ۲۳. سهم دارو از منابع تولید داخل و واردات از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۴



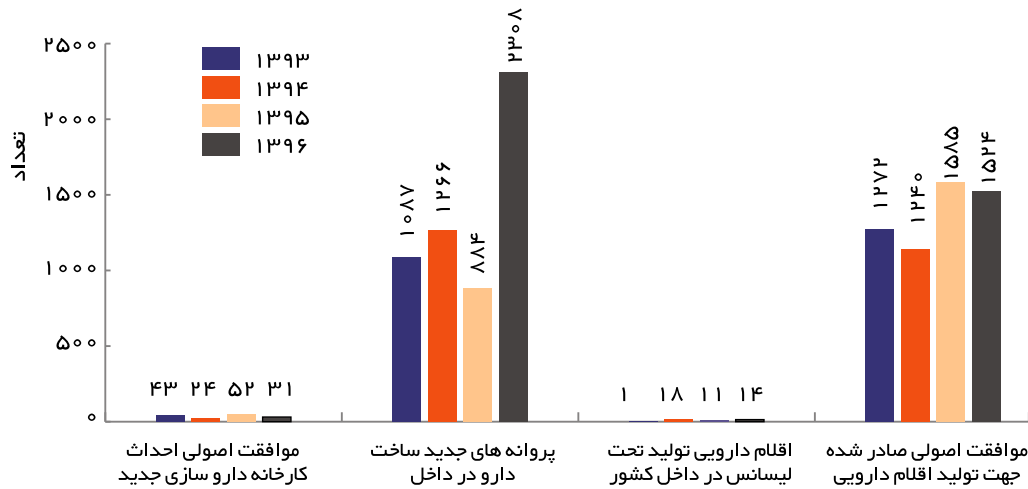
**سهم پرداختی  
بیماران از نسخ  
بستری از ۵۴  
درصد در سال  
۱۳۹۲ به ۱۰  
درصد رسید.**

به دنبال مداخله مذکور، سهم پرداخت بیماران از نسخ سرپایی از ۵۶ درصد در سال ۱۳۹۲ به ۴۰ درصد در سال ۱۳۹۳ رسید. سهم پرداختی بیماران از نسخ بستری نیز از ۵۴ درصد در سال ۱۳۹۲ به ۱۰ درصد و سهم بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج از هزینه‌های دارو از ۴۵ درصد به ۱۱ درصد رسید. بروز هزینه‌های فقرزا به دلیل هزینه‌کرد برای دارو قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت، در ۳۴٪ خانوارها اتفاق می‌افتاد که بعد از اجرای طرح به ۳۱٪ کاهش پیدا کرد. بروز این هزینه‌ها در خانوارهای با پایین‌ترین پنجک بیشترین درصد را به خود اختصاص داده و با وجود کاهش ۱۰ درصدی، این شاخص در سال ۱۳۹۳ (بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت) در ۵۲٪ درصد این خانوارها اتفاق افتاده است. بروز هزینه‌های کمرشکن برخلاف هزینه‌های فقرزا، به دنبال هزینه‌کرد برای دارو در خانوارهای با پنجک بالا رخ داده، به طوری که قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت بالاترین درصد بروز هزینه‌های کمرشکن به دنبال هزینه‌کرد برای دارو در پنجک ۵ اتفاق افتاده است. نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد، قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت، در ۳۹٪ درصد خانوارهای پنجک ثروتمند، هزینه‌های کمرشکن اتفاق می‌افتاده که بعد از اجرای طرح، این رقم به ۱۷٪ درصد رسیده است (هزینه‌های کمرشکن براساس روش اعلام سازمان بهداشت، ۴۰ درصد کل هزینه‌های خوراکی، محاسبه شده است).

اقلام دارویی در بیمارستان‌ها از ۳۴ به ۷۵ قلم در سال ۱۳۹۴ افزایش یافت که به این ترتیب، اقلام دارویی بیمارستان‌ها بیشتر از ۵۰ درصد افزایش پیدا کرد. همچنین میانگین کمبود اقلام دارویی و تجهیزات در ماه از ۱۷۰ قلم به ۳۰ قلم رسید. از سوی دیگر در سطوح ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه سلامتی، تعداد اقلام دارویی از ۳۲۰ قلم به ۴۳۶ قلم افزایش یافت و ۷ قلم مکمل دارویی در این مراکز ارائه شد که قبل از طرح تحول نظام سلامت ارائه نمی‌شد.

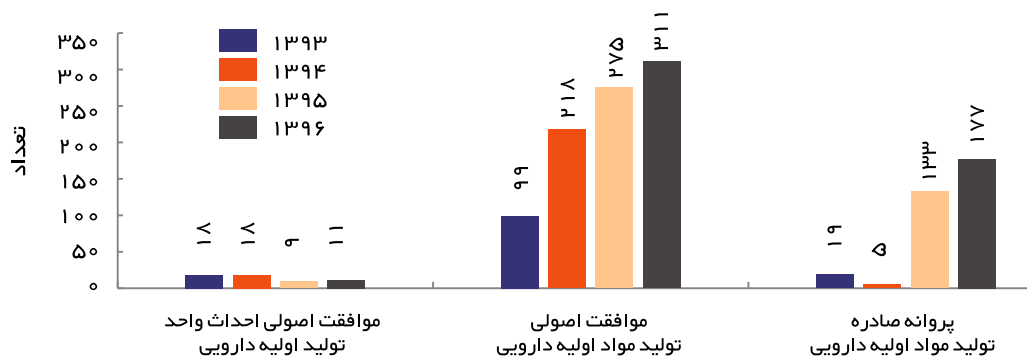
اقدامات مذکور در نهایت منجر به توسعه صنعت داروسازی در کشور شد که در ادامه برخی از دستاوردهای این توسعه ارائه می‌شود. در نمودار ۲۴ شاخص‌های توسعه صنعت داروسازی ارائه شده است.

نمودار ۲۴. شاخص‌های توسعه صنعت داروسازی ایران

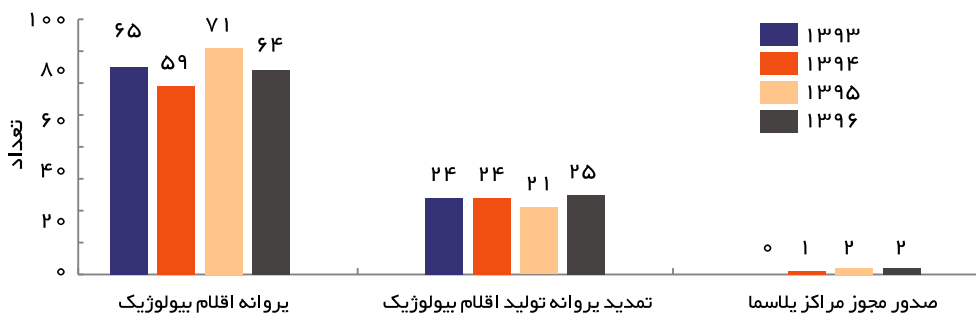


توسعه حقیقی صنعت داروسازی مستلزم توسعه واحدهای تولیدی مواد اولیه دارویی و زیرساخت‌ها است؛ در نمودار شماره ۲۵ وضعیت مواد اولیه دارویی ایران ارائه شده و سپس توسعه فن‌آوری تولید فرآورده‌های بیولوژیک در نمودار شماره ۲۶ آورده شده است.

نمودار ۲۵. وضعیت مواد اولیه دارویی ایران



### نمودار ۲۶. وضعیت پروانه های بیوتکنولوژی تولید داخل



علاوه بر اقدامات مذکور، طی سال‌های بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی نقش‌های دیگری نیز ایفا کرده است که در ادامه به اختصار ارائه می‌شود.

### قواعد نظارتی و تولید در حوزه دارو

با توجه به نقش اساسی دارو در چرخه سلامت، قواعد تنظیمی متعددی ناظر بر فرآیندهای این حوزه است که اهداف اصلی همه آنها تضمین فراهمی و در دسترس بودن دارو، کیفیت و اثربخشی آن، منطقی کردن تجویز و مصرف و قابلیت خرید دارو است. بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت و در راستای قواعد نظارتی و تولیدی، سازمان غذا و دارو سیاست‌های ناظر بر حوزه دارو را بازنگری کرد که در مجموعه‌ای تحت عنوان «سند ملی سیاست‌های دارویی» در زمستان سال ۱۳۹۵ منتشر شد.

در این سند، موارد زیر آمده است:

الف) فراهمی و در دسترس بودن دارو؛

ب) قابلیت خرید دارو؛

ج) کیفیت دارو؛

د) تجویز و مصرف منطقی دارو.

## الف) فراهمی و دسترسی دارو

فراهمی و دسترسی به دارو شامل مسیرهای زیر است:

۱. ثبت دارو؛
۲. صدور پروانه موقت، فوریتی یا تک نسخه‌ای؛
۳. برنامه ریزی و تأمین.

## ثبت دارو

اولین مرحله برای فراهم کردن داروی ایمن، اثربخش و باکیفیت، ثبت دارو در نظام سلامت است. نظارت بر کیفیت، ایمنی و اثربخشی داروها از طریق بررسی پرونده‌های ساخت و ورود، نظارت بر فرآیند تولید و توزیع و صدور مجوزها صورت می‌گیرد.

وفق ماده چهارده قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ (اصلاحی ۱۳۶۷)، ورود و ساخت هر دارویی تنها پس از اخذ پروانه و مجوزهای لازم امکان‌پذیر است. طبق ماده ۲۰ همان قانون، رسیدگی به صلاحیت مسئولین فنی برای ساخت و ورود هر نوع دارو و مواد بیولوژیک و صدور پروانه‌های مربوط به این قانون برعهده کمیسیون قانونی تشخیص خواهد بود. سند ملی سیاست‌های دارویی نیز وزارت بهداشت را مکلف به ثبت و صدور پروانه‌های تولید، واردات، توزیع و عرضه می‌کند. ثبت داروها برای مدت زمان مشخصی اعتبار دارد که در حال حاضر، برای پروانه داروهای ثبتی در ایران، چهار سال اعتبار در نظر گرفته شده است که در صورت نیاز به صورت ادواری تمدید می‌شوند. ثبت داروها نیز به این معنی است که شرکت صاحب پروانه دارو در مقابل کیفیت داروی تولیدی خود مسئول بوده و موظف است داروی ثبت شده را به مقدار مورد نیاز بیماران در تمام نقاط کشور فراهم کند. عدم توانایی شرکت در فراهم کردن داروی با کیفیت قابل قبول در تمام نقاط کشور منجر به عدم تمدید و یا بازبینی پروانه ثبت دارو خواهد شد.

## صدور پروانه موقت، فوریتی و تک نسخه‌ای

گرچه ورود کلیه داروهای موجود در فهرست داروهای ایران، به بازار دارویی باید متعاقب ثبت آنها باشد، با این وجود طبق تبصره ماده ۱۹ آیین‌نامه ثبت داروها، در شرایط بروز بحران یا بروز حوادث غیرمترقبه با منشأ طبیعی یا انسانی که احتمال بروز کمبود یک داروی خاص باعث به خطر افتادن سلامت بیماران می‌شود، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است بدون در نظر گرفتن الزامات مربوط به ثبت داروها، اجازه ورود آنها به کشور را صادر کند.

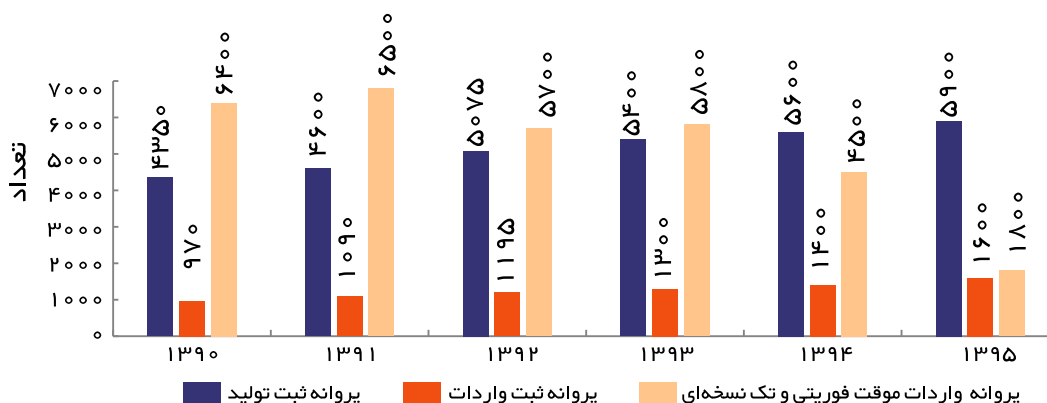
داروی فوریتی، دارویی است که در فهرست داروهای ایران وجود دارد و در شرایط مذکور توسط شرکت‌های دارویی مجاز و بدون طی مراحل داروهای ثبتی، وارد کشور می‌شود. در مقابل، داروی تک نسخه‌ای دارویی است که در فهرست داروهای ایران وجود ندارد، اما پزشک با اثبات این موضوع که در شرایط خاص بیمار، داروی قابل تجویزی در فهرست داروهای ایران وجود نداشته و یا اینکه مصرف داروهای موجود در فهرست، برای بیمار مورد نظر همراه با اثربخشی نبوده و یا با عارضه جانبی خطرناکی همراه است، اقدام به درخواست ورود دارو به صورت تک نسخه‌ای می‌کند. برخلاف داروهای ثبت شده، مجوز ورود صادره برای واردات فوریتی داروها حداکثر ۲۸ روز اعتبار دارد. در قانون برنامه ششم توسعه مصوب ۱۳۹۵، تجویز داروهای خارج از فهرست توسط پزشکان ممنوع شده است. بنابراین از ابتدای سال ۱۳۹۶ با اجرایی شدن این قانون، واردات داروهای خارج از فهرست به صورت تک نسخه‌ای نیز میسر نیست.

با توجه به اینکه واردات فوریتی داروها معمولاً از طریق عمده فروشی‌های بین‌المللی صورت می‌گیرد، امکان نظارت بر کیفیت تولید و توزیع آنها کمتر از داروهای ثبتی بوده و مسئولیت‌پذیری شرکت‌های واردکننده در قبال پیامدهای حاصل از تجویز این دارو هم کمتر است.

در نمودار شماره ۲۷ تعداد پروانه‌های صادر شده در حوزه تولید و واردات دارو از سال‌های قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت ارائه شده است. این نمودار نشان می‌دهد ورود داروهای فوریتی و تک نسخه‌ای به ایران در سال رخداد تحریم‌های اقتصادی (۱۳۹۱) بیشترین تعداد را داشته است.

هدف‌گذاری برای فراهمی و دسترسی به داروها، براساس فهرست داروهای ضروری که سازمان جهانی بهداشت اعلام می‌کند، صورت می‌گیرد. این فهرست در حقیقت یک فهرست سه گانه است. فهرست اول که بین همه کشورهای دنیا مشترک است، اکنون در ایران وجود دارد و دسترسی و فراهمی به داروهای آن کامل است.

نمودار ۲۷. پروانه‌های صادر شده در حوزه تولید و واردات دارو



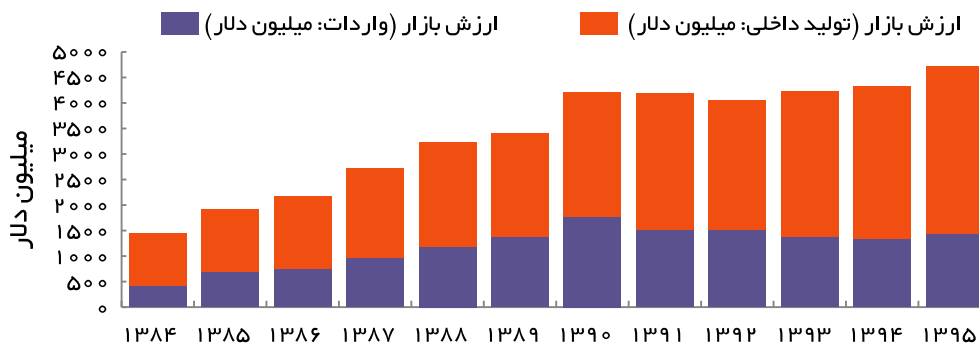
فهرست دوم، فهرست منطقه مدیترانه شرقی است که دسترسی و فراهمی داروهای این فهرست نیز بسیار خوب است و در حال حاضر، ایران به هدف سال ۱۴۰۴ در این زمینه دست یافته است. فهرست سوم یک فهرست ملی است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نظر دارد، دسترسی و فراهمی خود را به داروهای این فهرست به حداکثر برساند. مسئولیت تدوین و پایش فهرست دارویی ملی برعهده «شورای بررسی و تدوین داروهای ایران» بوده که در این راستا هر نوع دارو قبل از تولید و یا ورود به بازار دارویی کشور باید پس از ارزیابی و بررسی های لازم توسط این شورا، در فهرست ثبت شود. برنامه ششم توسعه، تدوین و انتشار فهرست دارویی را در فواصل حداکثر سه ماهه الزامی اعلام کرده است؛ همچنین، براساس این قانون، تجویز داروهای خارج از فهرست یاد شده تخلف محسوب می شود.

### برنامهریزی و تأمین

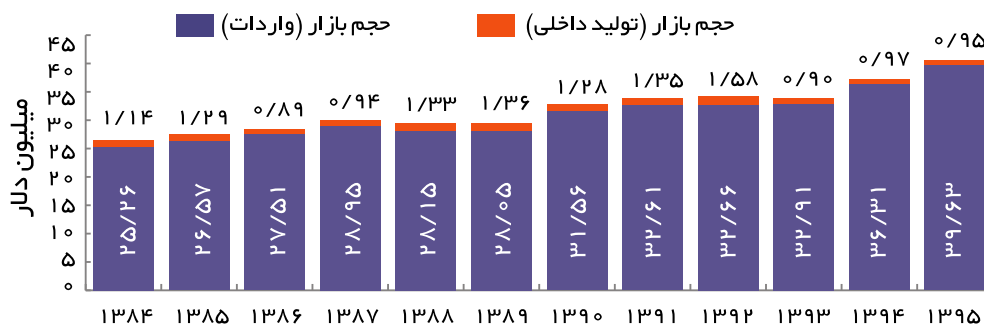
در ایران، براساس وضعیت مصرف هر دارو در سال قبل و با در نظر گرفتن میزان تخمینی افزایش مصرف در سالهای جاری و آتی با توجه به اعلام کمبودهای دارویی، بار بیماریها، تغییر الگوی مصرف و برنامهریزی آتی شرکتهای دارویی، مقادیر مورد نیاز برای تولید و واردات پیشبینی و در صورت لزوم مجدداً با شرکتهای تأمین کننده مورد بررسی قرار میگیرد. بازار دارویی ایران در سال ۱۳۹۵ با قیمت مصرفکننده به بیش از ۴۵۰۰ میلیون دلار رسید که ۷۰ درصد از سهم این بازار متعلق به فرآوردههای تولید داخل بود.

**بازار دارویی ایران در سال ۱۳۹۵ با قیمت مصرفکننده به بیش از ۴۵۰۰ میلیون دلار رسید که ۷۰ درصد از سهم این بازار متعلق به فرآوردههای تولید داخل بود.**

نمودار ۲۸. ارزش بازار تولید و واردات دارو با قیمت مصرفکننده (میلیون دلار)



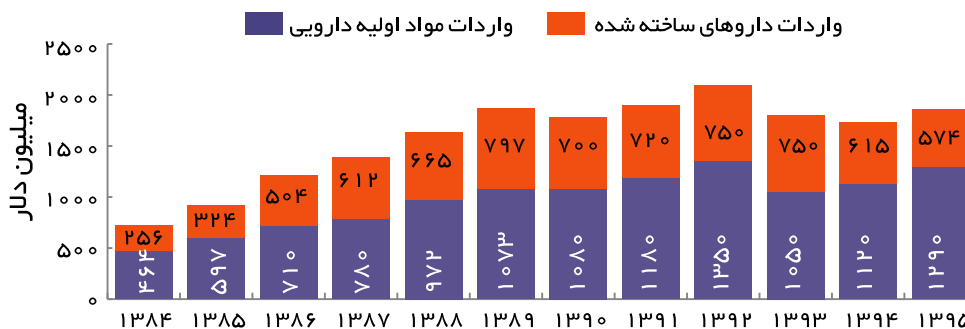
نمودار ۲۹. حجم بازار تولید و واردات دارو (میلیون دلار)



بیش از دو سوم اقلام فهرست رسمی دارویی کشور، ساخت داخل هستند؛ اما با وجود توانایی بالقوه ایران در زمینه تولید و صادرات بسیاری از انواع داروها، صادرات دارویی سالانه کمتر از ۲۰۰ میلیون دلار و مقصد اصلی آنها کشورهای همسایه است.

همچنین تقریباً دو سوم تولید دارو به شرکت‌های متعلق به نهادهای عمومی و شبه دولتی مانند تأمین اجتماعی، ستاد اجرایی فرمان حضرت امام (ره) و بانک ملی تعلق دارد. سازمان تأمین اجتماعی از طریق شرکت سرمایه‌گذاری تأمین اجتماعی، ستاد اجرایی فرمان امام (ره) از طریق شرکت دارویی برکت (سهامی خاص) و بانک ملی از طریق شرکت‌های سرمایه‌گذاری توسعه ملی، گروه توسعه ملی (سرمایه‌گذاری بانک ملی) و شرکت سرمایه‌گذاری ملی ایران مالکیت عمده شرکت‌های دارویی را به خود اختصاص داده‌اند. البته واردات دارو که ۳۰ درصد بازار دارویی به آن اختصاص دارد عمدتاً از طریق بخش خصوصی که نمایندگی شرکت‌های دارویی بین‌المللی را برعهده دارند، صورت می‌گیرد. در نمودار شماره ۳۰ میزان واردات مواد اولیه دارویی در مقایسه با داروی ساخته شده (میلیون دلار) ارائه شده که نشان می‌دهد بیشترین واردات مربوط به قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت بوده است.

نمودار ۳۰. مقدار واردات مواد اولیه دارویی در مقایسه با داروی ساخته شده (میلیون دلار)





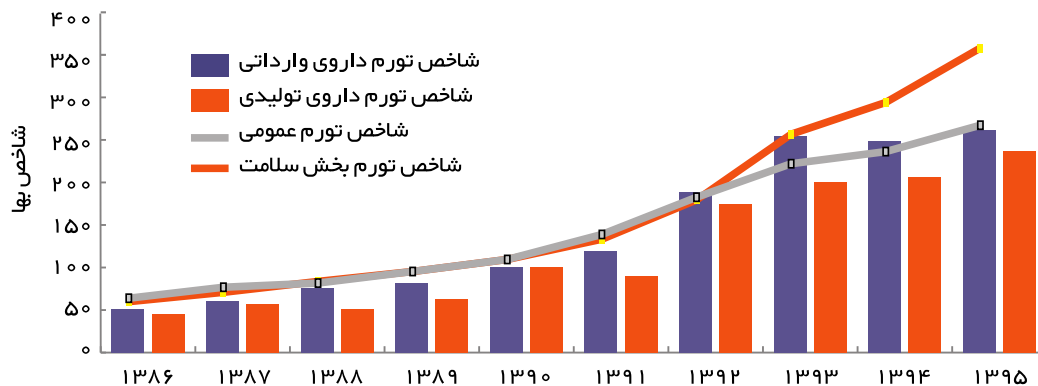
## ب. قابلیت خرید دارو

موضوع قابلیت خرید دارو اولویت بالایی را در سیاست‌های سلامت به خود اختصاص می‌دهد؛ از این رو، سازمان جهانی بهداشت توصیه می‌کند که تصمیم‌گیرندگان نظام سلامت راه‌حل‌های مناسبی را برای مدیریت سیاست‌های قیمت‌گذاری و اطمینان از قابلیت خرید داروها اتخاذ نمایند. قابلیت خرید دارو شامل دو موضوع قیمت‌گذاری و یارانه دارو است.

### قیمت‌گذاری

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تلاش می‌کند داروها را به‌نحوی قیمت‌گذاری کند که ضمن ایجاد زمینه حداکثر توانایی تهیه دارو از سوی بیماران، مانع مصرف غیرمنطقی آنها شود. براساس ضوابط موجود، داروهای بدون نسخه از شمول ضابطه قیمت‌گذاری توسط سازمان غذا و دارو مستثنی هستند (سند ملی سیاست‌های دارویی، ویرایش زمستان ۱۳۹۵). برای تعیین قیمت داروهای تولید داخل و یا هرگونه تغییر قیمت، در گذشته قیمت‌گذاری براساس بهای تمام شده به روش حسابداری صنعتی انجام می‌شد. در حال حاضر این روش تقریباً کنار گذاشته شده و قیمت‌گذاری اغلب داروها بر اساس روش مقایسه قیمت با کشورهای مرجع یا سایر روش‌ها انجام می‌گیرد. قیمت‌گذاری داروهای وارداتی نیز براساس روش مقایسه قیمت با کشورهای مرجع است. همان‌طور که از نمودار شماره ۳۱ مشخص است، شاخص بهای داروی تولیدی و وارداتی (قیمت پایه سال ۱۳۹۰) رشدی معادل شاخص بهای کالای عمومی داشته است که این امر ناشی از سیاست‌های اجرا شده در حوزه قیمت‌گذاری و کنترل واردات می‌باشد.

### نمودار ۳۱. مقایسه شاخص بهای کالا در بخش عمومی، سلامت و دارو



به نظر می‌رسد با ادغام شرکت‌های تولیدکننده خرد می‌توان در ساخت داروهای ژنریک با ایجاد صرفه و بهبود بهره‌وری، بدون افزایش قیمت دارو که منجر به افزایش هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر و پرداختی از جیب بیماران می‌گردد، حاشیه سود تولیدکنندگان دارویی را ارتقا داد و نگرانی‌های موجود در مورد عدم صرفه تولید بسیاری از داروها را مرتفع کرد.

### یارانه دارو

فرآورده‌های مشمول یارانه، تحت نظارت و با اعمال سهمیه‌بندی بر اساس اطلاعات دریافتی از دانشگاه‌ها و پروتکل‌های درمانی توزیع می‌شوند. این فرآورده‌ها شامل داروهای بیماران هموفیلی، اختلالات خون‌ریزی دهنده نادر (RBD)، دیالیز، تالاسمی ماژور، پیوند اعضا، MS و برخی بیماری‌های متابولیک هستند.

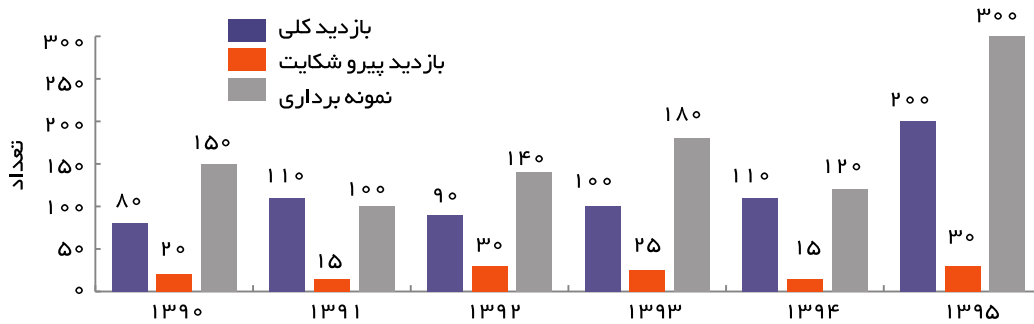
در حال حاضر تخصیص یارانه دارو به بیماران خاص بر اساس تفاهم‌نامه‌ای که بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی بسته شده است انجام می‌گیرد. همچنین مابه‌التفاوت قیمت برخی داروهای بیماران معب‌العلاج و داروهای مشمول این تفاهم‌نامه که بیش از ۳۰۰ قلم هستند، در راستای کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان بیماری‌های خاص، معب‌العلاج و مزمن توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداخت می‌شود. لازم به ذکر است، فرانشیز این داروها در داروخانه‌های سرپایی زیر ۱۰ درصد است، در حالی که چنین فرانشیزی در داروخانه‌های سرپایی همیشه ۳۰ درصد بوده است. یکی از مشکلات اصلی در حوزه مدیریت درمان بیماران خاص، تأمین منابع پایدار برای تدوam اجرای تفاهم‌نامه دارویی می‌باشد. در این خصوص در ادامه بیشتر توضیح داده شده است.

### ج. کیفیت دارو

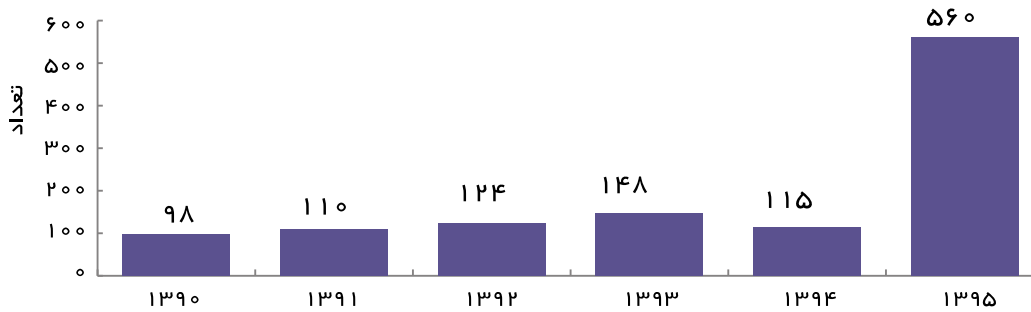
حصول اطمینان از این‌که داروهای موجود در بازار با استانداردهای کیفیت مطلوب مطابقت دارند، شالوده اصلی سیاست‌های مؤثر دارویی به‌شمار می‌رود. برای این منظور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاعات کیفی محصول را قبل از ورود به بازار ارزیابی می‌کند. این ارزیابی شامل بررسی داده‌های ارائه شده در پرونده دارو (CTD, Common Technical Document) و همچنین بازدید از محل ساخت دارو به منظور تطابق با استانداردهای تولید (GMP, Good Manufacturing Process) می‌شود. ایران در شهریور ۱۳۹۶ به عضویت (PIC/S, Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme) درآمد، که یک قرارداد همکاری فیما بین کشورهای عضو با هدف یکسان‌سازی فرآیند نظارت و بررسی در حوزه GMP است. علاوه بر نظارت‌های پیش از تولید، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سازمان غذا و دارو) از طریق اجرای طرح مراقبت بعد از ارائه به بازار (PMS, Post marketing surveillance) نسبت به کنترل و نمونه برداری از فرآورده‌های دارویی در سطح بازار اقدام می‌نماید. نمودارهای شماره ۳۲ و ۳۳ افزایش بازرسی و نمونه‌برداری‌ها را در پنج سال گذشته نشان می‌دهد.

- یکی از مشکلات
- اصلی در حوزه
- مدیریت درمان
- بیماران خاص،
- تأمین منابع پایدار
- برای تدوام اجرای
- تفاهم‌نامه دارویی
- می‌باشد.

نمودار ۳۲. تعداد بازرسی های GMP



نمودار ۳۳. کنترل و نمونه برداری طرح PMS



رویکرد دیگر در کنترل کیفیت، نظارت بر ایمنی داروها از طریق ایجاد نظام پایش، پیشگیری و گزارش دهی عوارض جانبی آنها است که تحت عنوان pharmacovigilance شناخته می شود. این امر توسط مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR, Adverse Drug Reaction) انجام می گیرد. این مرکز از سال ۱۳۷۷ به عنوان عضو کامل سازمان جهانی بهداشت در برنامه بین المللی پایش فرآورده های دارویی پذیرفته شد و از آن زمان تاکنون با سازمان مذکور و سایر کشورهای عضو به تبادل اطلاعات در زمینه عوارض دارویی می پردازد. هدف از بررسی عوارض دارویی، کاهش مرگ و میر ناشی از عوارض دارویی و پیشگیری از وقوع آنها است.

د. تجویز و مصرف منطقی دارو

با توجه به نقش اساسی تجویز و مصرف منطقی داروها در ارتقاء سلامت بیماران و کاهش مخاطرات و عوارض ناخواسته داروها، سیاست های ملی دارویی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مکلف می کند با مشارکت سایر ذینفعان، تجویز و مصرف منطقی داروها را ترویج نماید.

تجویز و مصرف منطقی دارو به معنای این است که برای هر بیمار، براساس وضعیت بالینی، داروی مناسب با دوز مناسب و در طول مدت مناسب تجویز شود. به منظور اصلاح و بهبود وضعیت مصرف دارو، از سال ۱۳۷۷ کمیته‌های علمی «بررسی نسخ پزشکی» فعالیت خود را آغاز کردند. این کمیته‌ها در سال ۱۳۷۹ به کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو (RUD, Rational Use of Drugs) تغییر نام دادند. در ایران اما برای تعیین شاخص‌های تجویز دارو، نسخه اولیه نرم افزار جامع نسخه پرداز به صورت پایلوت در دانشگاه مشهد راه اندازی شد و در سال ۱۳۷۸ از سوی سایر مراکز نیز مورد استفاده قرار گرفت.

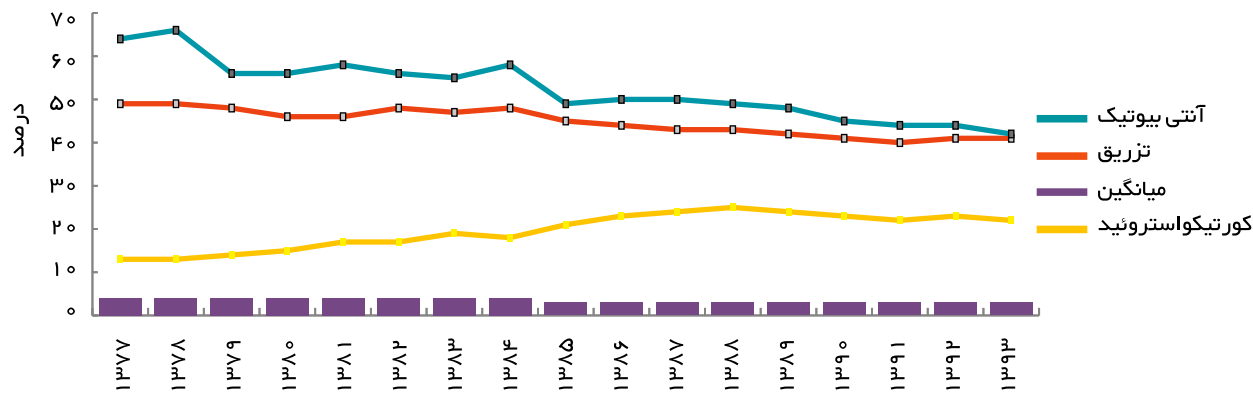
کمیته کشوری از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۴ با روش نمونه‌گیری و با هدف تعیین الگوی میزان تجویز دارو در هر دانشگاه/دانشکده فعالیت کرد و پس از آن با تهیه و ارتقا، نرم افزار جامع نسخه پرداز، فعالیت کمیته‌ها با ورود اطلاعات نسخ ثبت شده در داروخانه‌ها و انجام آنالیز کلیه نسخ بیمه ثبت شده در کشور، ادامه یافت. از سال ۱۳۷۶ تاکنون بالغ بر ۲۰۰ میلیون نسخه بیمه پزشکان توسط ۳۹ کمیته تجویز و مصرف منطقی دارو واقع در دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور به‌منظور تحلیل کمی و کیفی نسخ، در نرم‌افزار نسخه پرداز ثبت شده و نتایج حاصل مورد بررسی کارشناسان قرار گرفته است.

در سال‌های بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت، بیش از ۱۵ جلسه کمیته کشوری با حضور اعضا و نمایندگان ذینفعان در چرخه تجویز و مصرف دارو، برگزار شده است که طی آنها برنامه‌ریزی‌ها و فعالیت‌های بنیادین در جهت ارائه خدمات دارویی و اصلاح و ارتقا، وضعیت تجویز و مصرف دارو در کشور انجام شده که بازخورد این فعالیت‌ها با استقبال و حمایت جامعه پزشکی همراه بوده است.

در حال حاضر امکان ارائه پسخوراند از شاخص‌های نسخه نویسی به کلیه پزشکان کشور وجود دارد و تعداد زیادی از پزشکان این گزارش‌ها را دریافت می‌کنند و بررسی مقایسه‌ای شاخص‌ها برای اصلاح عملکرد پزشکان و سیاست‌گذاری و اعمال مداخلات اجرایی و آموزشی بسیار کارآمد بوده است.

جدیدترین ارزیابی نسخ پزشکان نشان می‌دهد که متوسط داروهای تجویز شده در هر نسخه سه عدد بوده و ۴۰ درصد از بیماران بخش سرپایی، آنتی بیوتیک و فرآورده‌های تزریقی دریافت کرده‌اند که در نمودار شماره ۳۴ مشخص شده است.

نمودار ۳۴. متوسط اقلام دارو و نسبت تجویز داروی تزریقی، آنتی بیوتیک‌ها و کورتیکواستروئیدها در نسخ سرپایی

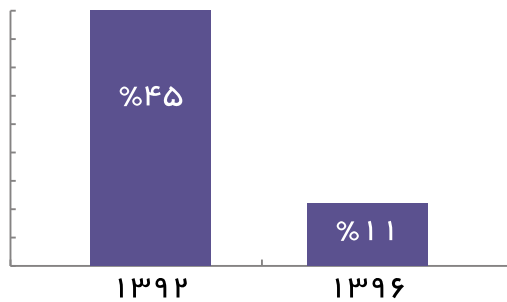


## حفاظت مالی و حمایت از بیماران صعب‌العلاج و خاص

علی‌رغم تعداد محدود بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج و خاص، معمولاً خدمات دارویی و درمانی ایشان در حدی گران‌قیمت و پرهزینه است که بخش اعظمی از این بیماران و خانواده‌های آن‌ها علاوه بر آسیب مستقیم ناشی از بیماری، به ورطه آسیب شدید مالی و فقر ناشی از درمان کشیده می‌شوند. حمایت مالی از این گروه یکی از وظایف حاکمیت محسوب می‌شود؛ در حالی که بیمه‌های درمانی کشور عمدتاً برای پوشش هزینه‌های درمانی این بیماران برنامه‌ای نداشته و یا تنها بخش محدودی از هزینه‌های آن‌ها را پوشش می‌دهند. از این رو برنامه‌ای با هدف شناسایی و برطرف کردن نیازهای درمانی بیماران خاص و صعب‌العلاج طراحی گردید.

از سوی دیگر، گستره بیماری صعب‌العلاج باز تعریف شده و این امر باعث شد تا بیماری‌های بیشتری در این گروه قرار گیرند. در این برنامه ۱۸ بیماری در گروه بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج قرار گرفت و به این

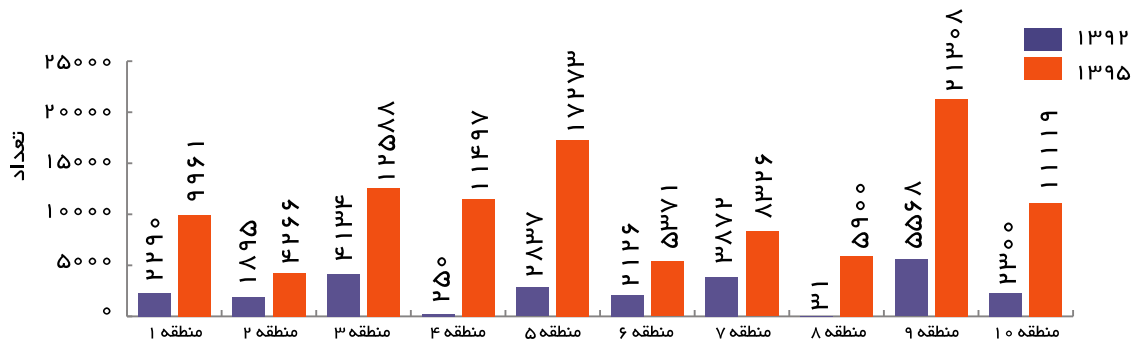
### نمودار ۳۵. مقایسه متوسط پرداخت از جیب بیماران صعب‌العلاج و خاص در سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۶



ترتیب دایره حمایتی دولت هم از نظر مبلغ و هم از نظر تعداد بیماری‌ها گسترده‌تر گردید. همان‌گونه که قبلاً نیز به این موضوع اشاره شد، اقدامات انجام شده ذیل این برنامه باعث گردید تا میزان پرداخت از جیب بیماران صعب‌العلاج و خاص از میانگین ۴۵ درصد در نیمه اول سال ۱۳۹۲ به ۱۱ درصد در نیمه اول سال ۱۳۹۶ کاهش یابد.

در نمودار ۳۶ تعداد بیماران مشمول برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج و خاص در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۵ تحت پوشش این برنامه قرار گرفتند، به تفکیک ده منطقه آمایشی آورده شده است.

### نمودار ۳۶. تعداد بیماران مشمول برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج و خاص در مناطق دهگانه آمایشی در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۵



اقدامات انجام شده

ذیل این برنامه

باعث گردید تا

میزان پرداخت از

جیب بیماران

صعب‌العلاج و خاص

از میانگین ۴۵

درصد در نیمه اول

سال ۱۳۹۲ به ۱۱

درصد در نیمه اول

سال ۱۳۹۶ کاهش

یابد.

## اقدامات انجام شده در حوزه تجهیزات و ملزومات پزشکی

حوزه تجهیزات و ملزومات پزشکی با حدود یک میلیارد دلار ارزشی و ارزش تقریبی ۳۰۰ میلیون دلار تولیدات داخلی، یکی از موضوعات بسیار مهم، کلیدی و قابل توجه در اجرای طرح تحول نظام سلامت بوده است. به طوری که دو رکن مهم بسته حفاظت مالی، یعنی عدم ارجاع بیمار به خارج از بیمارستان برای تهیه دارو و تجهیزات پزشکی و کاهش پرداخت از جیب بیمار به ۶ و ۳ درصد، مستقیماً با حوزه تجهیزات و ملزومات پزشکی و البته دارو ارتباط داشته است. لذا کاهش هزینه در این خصوص در دو حوزه کنترل قیمت خرید ملزومات پزشکی و کنترل استفاده از آن، در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت.

### وضعیت قیمت تجهیزات و ملزومات پزشکی قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت

عدم قیمت‌گذاری ملزومات پزشکی عمومی و تخصصی مورد نیاز مراکز درمانی از یک طرف و ارجاع بیماران یا همراهان وی به خارج از بیمارستان به منظور تهیه ملزومات پزشکی تخصصی از طرف دیگر، منجر به بروز مشکلات عدیده‌ای برای بیماران، همراهان وی و مراکز درمانی می‌گردید. از جمله این مشکلات می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود:

- افزایش قیمت ملزومات پزشکی مورد نیاز مراکز درمانی به علت عدم شفافیت قیمت؛
- افزایش بدون دلیل قیمت ملزومات پزشکی به دلیل وجود واسطه‌ها؛
- پرداخت‌های چند برابر قیمت واقعی برای خرید ملزومات تخصصی توسط بیمار یا همراهان وی به دلیل ارجاع بیمار به شرکت‌های خاص.

### اقدامات صورت گرفته در حوزه تجهیزات و ملزومات پزشکی بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت

به منظور اجرای موفق طرح تحول نظام سلامت اقدامات زیر ضرورت داشت.

- کاهش قیمت ملزومات پزشکی به منظور استفاده بهینه از منابع مالی محدود طرح؛
- تعیین قیمت ملزومات مصرفی و اعلام آن به کلیه مراکز به منظور شفاف سازی؛
- کنترل و نظارت بر میزان مصرف ملزومات پزشکی.

پس از آغاز طرح تحول نظام سلامت اقدامات زیر صورت گرفت:

- ایجاد فهرست اقلام ضروری طرح (فهرست پایه) در حوزه‌های عمومی و تخصصی و فراخوان کلیه شرکت‌های تولیدکننده و واردکننده جهت اعلام قیمت رقابتی برای قرارگرفتن در فهرست پایه؛
- تدوین «دستور العمل توزیع، عرضه و مصرف ملزومات پزشکی فهرست پایه در مراکز درمانی و موسسات پزشکی دولتی سراسر کشور» که در این دستور العمل کمیته‌هایی به منظور انتخاب و خرید ملزومات پزشکی با محوریت کنترل هزینه‌ها و ارتقاء خدمات پیش‌بینی شده است.

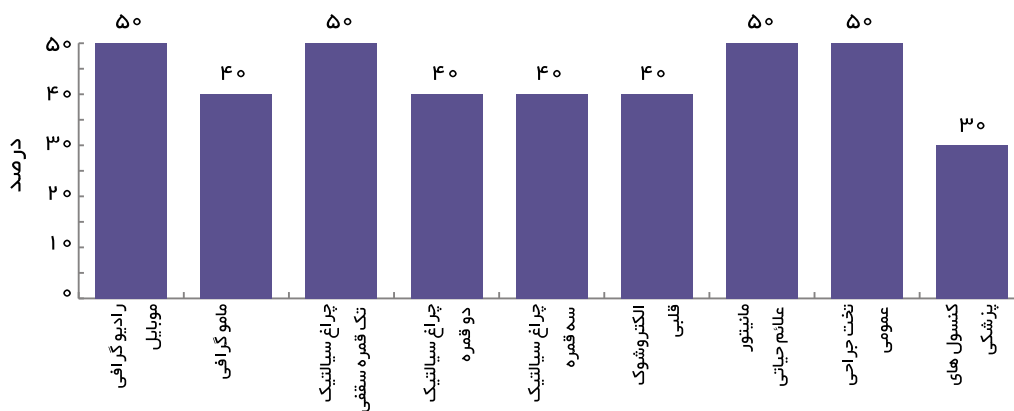
جدول ۱۶ کاهش قیمت ملزومات پزشکی را در چهار گروه تخصصی نمایش می‌دهد. لازم به ذکر این جدول بر اساس بررسی پرونده‌های بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر تهران تنظیم شده است.

**جدول ۱۶. کاهش قیمت ملزومات پزشکی در چهار گروه تخصصی به دنبال اجرای طرح تحول سلامت**

ردیف	گروه	کاهش قیمت (درصد)
۱	قلب	۳۷
۲	ارتوپدی	۳۲
۳	مغز و اعصاب	۳۲
۴	چشم پزشکی	۴۲

در نمودار ۳۷ نیز کاهش قیمت تجهیزات سرمایه‌ای به دنبال اجرای طرح تحول سلامت (به درصد) بیان شده است.

**نمودار ۳۷. در صد کاهش قیمت تجهیزات سرمایه‌ای به دنبال اجرای طرح تحول سلامت**



**نتایج حاصل از اجرای طرح تحول نظام سلامت**

نتایج زیر پس از انجام اقدامات پیش گفته به دست آمد:

- کاهش ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان به ۱/۵ درصد؛ (لازم به ذکر است در خصوص ملزومات تخصصی مانند پیچ و پلاک و پروتزها پیش از طرح تحول سلامت، ارجاع بیمار عموماً به خارج از بیمارستان بوده است.)
- کاهش محسوس قیمت ملزومات پزشکی مورد نیاز مراکز درمانی؛
- جلوگیری از گرانفروشی ملزومات پزشکی به دلیل ممانعت از ارجاع بیمار به خارج از بیمارستان‌ها برای تامین ملزومات؛
- کاهش ارزیابی در حوزه ملزومات پزشکی.

به دلیل کاهش قیمت پایه ارزی متعاقب چانه زنی با کمپانی‌های تولیدکننده و نمایندگان آنها و همچنین ایجاد رقابت در سطح کمپانی‌ها، صرفه‌جویی ارزی محسوس در بخش واردات ملزومات پزشکی اتفاق افتاده است.

## اقدامات انجام شده و برنامه‌های در دست اقدام در خصوص حمایت از تولیدات داخل تجهیزات پزشکی

### ۱. نظارت دقیق‌تر بر واردات:

به‌منظور ارتقاء سطح کیفی تولیدات داخل و ایجاد رقابت عادلانه برای محصولات موجود در بازار، سازمان غذا و دارو به وسایل پزشکی وارداتی که دارای کیفیتی پایین‌تر از محصولات داخلی می‌باشند، اجازه ورود به کشور نمی‌دهد.

### ۲. تشکیل کمیته فنی برای ثبت اقلام جدید:

این کمیته متشکل از رییس سازمان غذا و دارو، معاون درمان، مدیرکل تجهیزات پزشکی، رییس هیات امنای صرفه جویی ارزی، سه نفر از متخصصین پزشکی و یک نفر از تولیدکنندگان می‌باشد که با حکم وزیر منصوب شده و مسئولیت بررسی وسایل پزشکی وارداتی و تولیدی را برعهده دارند، لذا در صورتی که تولیدات داخل تکافوی نیاز کشور را داشته باشند و تولیدکنندگان متعددی وجود داشته باشند، اجازه واردات محصولات مشابه صادر نمی‌گردد.

### ۳. سیاست‌های انقباضی در خصوص قیمت‌گذاری ملزومات وارداتی:

سیاست این سازمان در خصوص قیمت‌گذاری اقلام تولید داخل در مقایسه با اقلام وارداتی به نحوی است که فعالان در حوزه تجهیزات پزشکی را تشویق به سرمایه‌گذاری در حوزه تولید نماید.

### ۴. اعلام تولیدات داخل در فهرست پایه دانشگاه در صورت تقاضا:

در خصوص خرید تجهیزات پزشکی قید شده در فهرست پایه (فهرستی که در آن سقف قیمت ملزومات به دانشگاه‌ها اعلام شده و دانشگاه‌ها مکلف به تبعیت از آن فهرست می‌باشند)، این سازمان طی بخشنامه‌های متعدد به مراکز درمانی اعلام نموده است که خرید ملزومات پزشکی، خرید از تولیدات داخل در اولویت قرار گیرد.

### ۵. تعریف واژه ساخت داخل:

به‌منظور حمایت از تولیدکنندگان داخلی واقعی، ارزیابی میزان تولید محصول در داخل کشور ضروری می‌باشد. لذا طبق ضابطه تدوین شده، اگر بیش از ۵۰ درصد قطعات یک کالا تولید داخل باشند، تولیدکننده مجاز به الصاق واژه ساخت ایران بر روی تولیدات خود می‌باشد و از امتیاز در اولویت قرارگرفتن برای خرید توسط مراکز دولتی برخوردار خواهند شد.



**۶. تشکیل کارگروه بسته حمایتی:**

این کارگروه در بسته حمایتی از تولیدات داخلی که توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردیده است تبیین شده و با عضویت انجمن‌های تولیدکنندگان، مهندسی پزشکی، متخصصین تجهیزات پزشکی و اتحادیه صادر کنندگان و با مدیریت اداره کل تجهیزات پزشکی تشکیل می‌گردد و راهکارهای حمایت از تولید را بررسی و ابلاغ می‌نماید.

**۷. تغییر روال صدور پروانه به منظور تسهیل و تسریع در اخذ مجوز برای تولیدکنندگان:**

با تغییرات انجام شده در روال‌های بررسی و صدور پروانه ساخت تجهیزات پزشکی در مورد وسایل با کلاس خطر A و B، از این پس با تسهیل امور و کمتر شدن مدارک اخذ شده از شرکت و همچنین تمدید دو ساله پروانه‌های ساخت کالاهای تولید شده در کلاس خطر پایین، شرکت‌ها بسیار سریع‌تر می‌توانند مجوزهای لازم را اخذ نمایند.

**۸. عقد تفاهم نامه با انجمن صنفی تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی به منظور خدمات‌رسانی بهتر به تولیدکنندگان در این حوزه:**

طراحی و پیاده‌سازی سامانه‌های نرم‌افزاری برای جمع‌آوری و مدیریت هرچه بهتر اطلاعات و آمار تولید تجهیزات پزشکی در کشور انجام شد تا اتخاذ تصمیمات دقیق‌تر و سیاستگذاری تولید تجهیزات پزشکی در کشور صورت گیرد.

**۹. تفویض برخی اختیارات ستاد وزارت متبوع در حوزه تولید تجهیزات پزشکی به دانشگاه‌های علوم پزشکی واجد شرایط:**

در این خصوص پس از ارائه آموزش‌های لازم به کارشناسان دانشگاه‌های علوم پزشکی، انجام بازدید از خطوط تولید و همچنین بررسی فایل فنی محصولات تولیدی و در فاز دوم اختیار صدور مجوزهای وسایل پزشکی با کلاس خطر A، به این دانشگاه‌ها تفویض می‌گردد. با این کار فرآیند صدور مجوزهای تولید در استان‌های مربوطه صورت گرفته و ضمن تشدید اقدامات نظارتی، روال صدور پروانه ساخت تسهیل می‌گردد.

## نتیجه نهایی

جمهوری اسلامی ایران بر اساس اسناد بالادستی داخلی و تعهدات بین‌المللی و وظیفه دارد تا سال ۱۴۰۴، ضمن اجرای اصلاحات اساسی در حوزه سلامت با ارائه برنامه‌های کوتاه مدت و بلند مدت، نظام سلامت را به گونه‌ای تقویت کند که راه رسیدن به اهداف پوشش همگانی سلامت و سپس توسعه پایدار فراهم شود. لذا اهداف مهم پوشش همگانی سلامت در اغلب برنامه‌های اجرا شده در قالب اصلاحات پیش‌بینی شده است، به طوری که نتایج ابتدایی طرح نیز همین را نشان می‌دهد. مطابق اقدامات انجام شده در قالب طرح تحول نظام سلامت، ایران تا حدودی توانسته پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت را کاهش دهد اما به اهداف تعیین شده در اسناد بالادستی نرسیده است؛ پس ضرورت دارد تلاش برای رسیدن به اهداف ادامه یابد.

در خصوص پوشش خدمات سلامت، جمعیت هدف برنامه در اغلب مناطق ایران، تحت پوشش برنامه‌های جامع سلامت از جمله مراقبت‌های اولیه سلامتی و همچنین مراقبت‌های درمانی و تشخیصی قرار گرفته اند و اغلب این خدمات در بخش‌های دولتی در حال ارائه است.

## منابع:

## منابع فارسی

۱. گزیده نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن (درگاه ملی آمار)، مرکز آمار ایران (۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵). قابل دسترسی در: <https://www.amar.org.ir> سرشماری-عمومی-نفوس-و-مسکن/نتایج-سرشماری
۲. سالنامه آماری کشور ۱۳۹۴، سازمان برنامه و بودجه کشور، مرکز آمار ایران.
۳. سالنامه آماری کشور ۱۳۹۰، معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی، مرکز آمار ایران.
۴. اردشیر خسروی، سعیده آقامحمدی، الهه کاظمی. سیمای مرگ در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۵. مرکز تحقیقات بیماری های غیرواگیر، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گزارش بررسی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در ایران، ۱۳۹۵.
۶. اداره سرطان، مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سامانه ثبت سرطان کشوری در ایران، ۱۳۹۶.
۷. کاظم محمد، اردشیر خسروی، مهناز نوری، محمد مهدی گویا، کورش اعتماد، کاظم ندافی. شاخص های سیمای بهداشت در جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۸. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور ۱۳۹۵.
۹. مرکز آمار ایران، نتایج طرح آمارگیری از ویژگی های اشتغال و بیکاری (۱۳۷۶ تا ۱۳۸۳) و طرح آمارگیری نیروی کار (۱۳۸۴ تا ۱۳۹۵).
۱۰. درگاه ملی آمار، شاخص های اهداف توسعه هزاره جمهوری اسلامی ایران. (در مرداد ۱۳۹۶). قابل دسترسی در: <https://www.amar.org.ir>
۱۱. مرکز آمار ایران، مطالعه هزینه درآمد خانوار، ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۶.
۱۲. سازمان ثبت احوال کشور، دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت (مرداد ۱۳۹۶). قابل دسترسی در: <https://www.sabteahval.ir/avej/tab4769-.aspx>
۱۳. مرکز آمار ایران، حساب های ملی سلامت (۱۳۸۰ - ۱۳۹۴)، ۱۳۹۷؛ قابل دسترسی در: <https://www.amar.org.ir> اقماری-حساب های ملی/حساب های-اطلاعات-آماري/حساب-های-ملی-سلامت(۱۳۸۰-۱۳۹۴)؛ قابل دسترسی در:
۱۴. بانک مرکزی، بانک اطلاعات سری های زمانی اقتصادی. ۱۳۹۷؛ قابل دسترسی در: <https://tsd.cbi.ir/Display/Content.aspx>
۱۵. پژوهشکده آمار ایران و مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، مطالعه شاخص های چندگانه جمعیت و سلامت، تهران، جمهوری اسلامی ایران، در سال ۱۳۸۹.
۱۶. پژوهشکده آمار ایران و مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، مطالعه بهره مندی از خدمات سلامت، تهران، جمهوری اسلامی ایران، در سال های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴.
۱۷. عفت محمدی. بررسی ساختار بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای منتخب؛ ارائه راهکار برای ساختار بیمه پایه سلامت ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان، ۱۳۹۱.
۱۸. سازمان بیمه سلامت ایران. قابل دسترسی در: <https://msio.org.ir/Portal/Home>
۱۹. کمیته امداد امام خمینی. قابل دسترسی در: <https://www.emdad.ir/central/khadamat/darmani.asp>
۲۰. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، مطالعات ارزیابی رضایت از بیماران و تعیین فراهمی دارو و تجهیزات پزشکی در بیمارستان های دولتی، ۱۳۹۴.
۲۱. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، گزارش طرح تحول سلامت (۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵) با الگوی سازمان جهانی بهداشت. تابستان و پاییز ۱۳۹۵.
۲۲. مروری بر دستاوردهای انقلاب اسلامی در عرصه نظام سلامت، ۱۳۹۲. قابل دسترسی در: [https://www.behdasht.gov.ir/uploads/salamat\\_175257.pdf](https://www.behdasht.gov.ir/uploads/salamat_175257.pdf)

1. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results 2016. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
2. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks: World Health Organization; 2009.
3. World Health Organization. Eastern Mediterranean Region: Framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance; 2016-2017 (unpublished report)
4. World Health Organization. Global Health Observatory data repository. Maternal mortality rate by country. [Accessed 12 July 2017]; Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1390?lang=en>.
5. World Health Organization. Global Health Observatory data repository. Probability of dying per 1 000 live birth. Data by country. [Accessed 12 July 2017]; Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.525?lang=en>.
6. World Health Organization. Global Health Observatory Map Gallery. [Accessed 12 July 2017]; Available from: <http://gamapserver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>.
7. World Bank. World Development Indicators. [cited 2017]; Available from: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>
8. World Health Organization. Global Health Expenditure Database. [cited 2017]; Available from: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
9. Xu K, Saksena P, Jowett M, Indikadahena C, Kutzin J, Evans DB. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. World health report. 2010 (19).
10. World Health Organization. Medical equipment; Data by country. 2013 [cited 2017]; Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.510?lang=en>.
11. OECD. Magnetic resonance imaging (MRI) units. 2016 [cited 2017]; Available from: <https://data.oecd.org/healtheq/magnetic-resonance-imaging-mri-units.htm#indicator-chart>.
12. World Health Organization. Median availability of selected generic medicines; Data by country. 2013 [cited 2017]; Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.488?lang=en>.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت برنامه‌ریزی راهبردی و هماهنگی



تهران، شهرک قدس (غرب)  
بلوار فرحزادی، بلوار ایوانک  
<http://rahbord.behdasht.gov.ir>

موسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران



تهران، بلوار کشاورز، خیابان وصال شیرازی  
خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰  
<http://nihr.tums.ac.ir>