

:

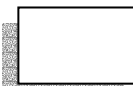
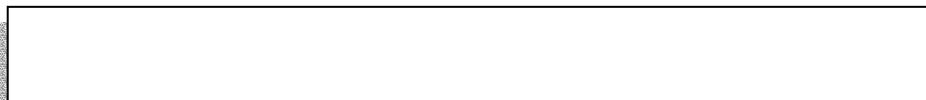
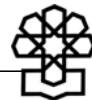
:

:

۱	مقدمه
۲	فصل اول - معرفی پژوهش
۲-۱	۱- بیان مسأله
۲-۲	۱-۲ فرایند اجرای پژوهش
۲-۳	۱-۳ فرایند تنظیم سیاست سلامت
۱۱	فصل دوم - اصول سیاستگذاری در جهان و روند تاریخی آن
۱۱-۱	۲-۱ تعریف سیاست، مدیریت و برنامه‌ریزی
۱۱-۲	۲-۲ نگرش‌های مختلف به سلامت
۱۲-۳	۲-۳ وظایف دولت‌ها
۱۵-۴	۲-۴ زمینه‌های سیاستگذاری
۳۱	فصل سوم - تجارب جهانی در تنظیم سیاست ملی سلامت
۳۱-۱	۳-۱ سیاست خدمات طب ملی انگلیس
۳۴-۲	۳-۲ سیاست‌های سلامت امریکا در قالب برنامه مردمان سالم ۲۰۱۰
۳۹	فصل چهارم - سیاست‌های سلامت در ایران از منظر قوانین جاری
۳۹-۱	۴-۱ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
۳۹-۲	۴-۲ سند چشم‌انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران
۴۱-۳	۴-۳ سیاست‌های مربوط به سلامت در برنامه چهارم توسعه کشور
۴۹-۴	۴-۴ هدف‌ها و راهبردهای کلان دولت در برنامه چهارم توسعه کشور مرتبط با بخش سلامت
۵۹-۵	۴-۵ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور
۶۱-۶	۴-۶ قانون ساختار سازمانی نظام تأمین اجتماعی کشور
۶۴-۷	۴-۷ منشور حقوق بیمار
۶۵-۸	۴-۸ تعهدات بین‌المللی
۶۸	فصل پنجم - تبیین وضع موجود نظام سلامت
۶۸-۱	۵-۱ خدمات بهداشتی
۶۹-۲	۵-۲ خدمات بالینی
۶۹-۳	۵-۳ علل مرگ و میر و بار بیماری‌ها در کشور
۷۱-۴	۵-۴ ضعف‌ها و چالش‌های اصلی در نظام سلامت
۷۵-۵	۵-۵ نظر خبرگان در مورد چالش‌های نظام سلامت کشور
۷۶-۶	۵-۶ نقاط قوت و فرصت‌ها

فصل ششم - دارو .....	۷۸
۶-۱. مداخلات بخش تقاضا .....	۷۸
۶-۲. مداخلات سمت عرضه .....	۸۰
۶-۳. رژیم‌های انگیزشی و قیمتگذاری دارویی .....	۸۱
۶-۴. نقاط ضعف و چالش‌های بخش دارو در ایران .....	۸۲
۶-۵. راهکارهای پیشنهادی .....	۸۳
فصل هفتم - آموزش علوم پزشکی .....	۸۵
۷-۱. آموزش علوم پزشکی به عنوان عملکردی کلیدی .....	۸۵
۷-۲. آموزش علوم پزشکی در ایران .....	۸۵
۷-۳. اصلاح آموزش علوم پزشکی .....	۸۷
۷-۴. ویژگی‌های آموزش پزشکی جامعه نگر .....	۸۸
فصل هشتم - تأمین مالی و تجمیع ریسک .....	۹۱
۸-۱. رهیافت گوناگون تجمیع ریسک .....	۹۱
۸-۲. سلامت به عنوان کالا .....	۹۳
۸-۳. گزینه‌های مختلف تأمین منابع و منابع سلامتی در کشورهای مختلف .....	۹۶
۸-۴. سازوکارهای جمع‌آوری و تجمیع منابع .....	۹۸
۸-۵. ملاحظات خاص کشورهای کم درآمد و دارای درآمد متوسط .....	۱۰۱
۸-۶. ارتباط نقش متغیر پولی و منابع در کشورهای کم و متوسط درآمد .....	۱۰۳
۸-۷. گزینه شرایط گذار در تأمین مالی و تجمیع ریسک برای ایران .....	۱۰۴
فصل نهم - نظام پرداخت به فراهم کننده خدمت .....	۱۰۹
۹-۱. انواع نظام‌های پرداخت .....	۱۱۰
۹-۲. وضع موجود نظام پرداخت در کشور .....	۱۱۵
۹-۳. اصلاح تعرفه‌گذاری خدمات .....	۱۱۶
فصل دهم - تغییر رفتار .....	۱۱۸
۱۰-۱. طبقه‌بندی رفتارهای فردی .....	۱۱۸
۱۰-۲. محدودیت‌های اهرم تغییر رفتار .....	۱۱۹
۱۰-۳. جمع‌بندی .....	۱۲۰
فصل یازدهم - الزامها و راهبردهای کلان در تدوین سیاست ملی سلامت .....	۱۲۲
۱۱-۱. مبانی نظری .....	۱۲۲
۱۱-۲. الزامها و راهبردها .....	۱۳۱
فصل دوازدهم - جمع‌بندی اصول کلی سیاست‌های سلامت برای جمهوری اسلامی ایران .....	۱۳۲
منابع و مأخذ .....	۱۳۹

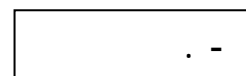
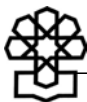




از حدود یک سال پیش تدوین سیاست ملی سلامت در ایران بنا به درخواست کمیسیون محترم بهداشت و درمان در دستور کار این مرکز قرار گرفت. برای حصول نتیجه مطلوب علاوه بر جمع‌آوری مستندات داخلی و بین‌المللی دفتر مطالعات اجتماعی اقدام به برگزاری جلسات متعددی با حضور صاحب‌نظران، اساتید و دست‌اندرکاران نظام سلامت نمود. در این جلسات آقایان دکتر حمیدرضا جمشیدی، شهرام یزدانی، ناصر محمدی، شهرام توفیقی، سیدجمال‌الدین طبیبی، ابوالقاسم پوررضا، عباس کبریایی‌زاده، مرتضی نیل‌روشان، غلام‌حسین نیک‌نژاد، احمد شیبانی، علی مظلومی، مرتضی آذرنوش، رسول دیناروند، علی حسن‌زاده، رضا کاشف، عباس وثوق و محسن نقوی حضور یافته و نقطه نظرات خود را در این خصوص ارائه نمودند.

سرانجام پیش‌نویس گزارش توسط آقای دکتر علی حسن‌زاده جمع‌آوری و تدوین گردید که با اصلاح و تکمیل در دفتر مطالعات اجتماعی به صورت حاضر پیش‌روی شماسست.

تدوین‌کنندگان، این گزارش را جامع و کامل نمی‌دانند و سپاسگذار همه مشارکت‌ها هستند و امیدوارند با دریافت نظرات سازنده همه متخصصان در جهت تکمیل این گزارش و نهایی شدن سیاست ملی سیاست، قدمی در جهت بهبود سلامت کشور برداشته شود.



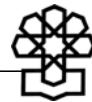
سلامت یکی از اساسی‌ترین نیازهای انسان‌هاست و هیچ یک از افراد جامعه را نمی‌توان از آن بی‌نیاز دانست. سلامت فرد و جامعه در گروهی ارائه خدماتی با کیفیت مناسب و متناسب با نیاز مردم است. به استناد اصل بیست و نه قانون اساسی برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث، سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه حقی است همگانی و دولت موظف است بر طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک فرد کشور تأمین کند اما بخش قابل توجهی از توان دولت صرف تأمین و ارائه خدمات می‌شود و بخش سیاستگذاری، نظارت و ارزشیابی آن کمرنگ جلوه می‌کند.

آمارتیاسن<sup>۱</sup> برنده جایزه نوبل معتقد است سلامت همانند آموزش از مهارت‌های اساسی است که ارزش به زندگی انسان می‌دهد. آقای کوفی عنان در مجمع عمومی هزاره سازمان ملل متحد سلامت خوب را خواسته انسان‌ها اعم از مرد و زن در تمام جهان اعلام می‌کند. وجود مرگ‌های پیش‌رس ناشی از بیماری و کنترل بیماری‌ها را اولین دل‌مشغولی کلیه جوامع می‌داند و سلامت را حقوق اساسی بشر می‌شمارد. خرد حاکم بر کلیه فرهنگ‌ها «سلامت را ثروت می‌داند»<sup>۲</sup> زیرا سلامت موجب ایجاد ظرفیت تکاملی افراد و امنیت اقتصادی در آینده می‌شود. سلامت مبنای بهره‌وری شغلی، ظرفیت یادگیری در مدرسه و توانایی برای رشد جسمی، روحی و هوشی است. به عبارت اقتصادی سلامت و آموزش دو وجه اساسی سرمایه انسانی است که به قول برنده جایزه نوبل آقای تئودور شولتز و گری بکر<sup>۳</sup> مبنای بهره‌وری اقتصادی انسان‌هاست و خود ورودی اساسی در کاهش فقر، رشد اقتصادی و توسعه درازمدت اقتصادی در کلیه جوامع است. جوامعی که دارای بار سنگین بیماری هستند، مشکلات جدی در پیشرفت اقتصادی دارند. جهش‌های بزرگ در تاریخ اقتصاد کشورها مانند رشد سریع انگلیس بعد از انقلاب صنعتی، رشد سریع امریکا و ژاپن در اوایل قرن ۲۰ و ... مدیون بهبود در سلامت عمومی، کنترل بیماری و بهبود تغذیه (که موجب افزایش انرژی و بهره‌وری نیروی کار و کاهش آسیب‌پذیری در مقابل عفونت‌ها می‌شود) می‌باشند. هزینه اقتصادی بیماری‌های قابل پیشگیری بسیار بالاست، بیماری موجب کاهش درآمد سالانه جامعه و درآمد افراد در طول زندگی آن‌ها می‌شود و در کشورهای در حال توسعه بیماری‌های مسری، مرگ مادران و سوء تغذیه، فقرا را بیش‌تر در معرض آسیب قرار می‌دهد به همین دلیل است که یکی از مهم‌ترین اقدامات بر علیه بیماری‌ها تلاش‌های ضد فقر در این کشورهاست. فقرا بیش‌تر در معرض مخاطره به دنبال بیماری قرار می‌گیرند زیرا اولاً دسترسی به بهداشت، تغذیه، خانه سالم،

1. Amartia Sen

2. Health is Wealth

3. Theodor Schultz & Gary Baker



مراقبت‌های درمانی و اطلاع در مورد رفتارهای مخاطره‌آمیز کم‌تری دارند، دوماً کم‌تر به دنبال رفع مشکل بیماری خود به دلیل هزینه‌های بالا هستند، سوماً پرداخت مستقیم از جیب، آن‌ها را بیش‌تر در ورطه فقر فرو می‌برد. برآوردهای آماری نشان می‌دهد هر ۱۰ درصد بهبود در امید به زندگی در بدو تولد<sup>۱</sup> حداقل رشد اقتصادی معادل ۰/۳ تا ۰/۴ را در صورت ثابت بودن سایر عوامل در بردهارد. رشد اقتصادی نه فقط نیازمند سلامت و آموزش بلکه سایر سرمایه‌گذاری‌های مکمل مانند تقسیم مناسب نیروی کار بین بخش عمومی و خصوصی، بازارهای با کارکرد خوب، حکومت خوب و ترتیبات نهادی برای تشویق پیشرفت فناوری است. بنابراین اگرچه نمی‌توان گفت که سرمایه‌گذاری در سلامت می‌تواند مشکلات توسعه را حل کند ولی می‌توان گفت که سرمایه‌گذاری در سلامت باید نقطه محوری توسعه و استراتژی‌های فقرزدایی باشد.

اگر چه کشور جمهوری اسلامی ایران ۵/۷ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را صرف هزینه‌های بهداشت و درمان می‌کند ولی مطالعه هزینه‌های خانوار بیانگر تأمین حدود ۵۴ درصد از هزینه‌های سلامت به صورت پرداخت مستقیم از جیب<sup>۲</sup> و افتادن ۳ درصد از خانوارها در ورطه هزینه‌های کمرشکن<sup>۳</sup> ناشی از بروز بیماری است. ساختار نظام بهداشت و درمان کشور با توجه به جدا بودن مراقبت‌های اولیه از ثانویه و ثالثیه و تداخل تعهدات بیمه‌های پایه و مکمل و سازوکارهای متعدد تأمین منابع برای ارائه خدمات سلامت، موجب بروز ناکارآمدی در عرصه سلامت کشور شده، نبود یک سیاست واحد در بخش سلامت از دیگر مشکلات این بخش است. مجموع این عوامل تدوین «سیاست‌های ملی سلامت» را برای کشور اجتناب‌ناپذیر می‌کند.

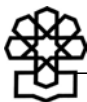
. -

این پژوهش از نوع مطالعات تطبیقی و کتابخانه‌ای است که به منظور نقد و بررسی روند جاری در برنامه‌ریزی بهداشت و درمان کشور و بهره‌گیری از تجربه کشورهای موفق در این زمینه با طی مراحل زیر انجام شده است:

۱. بررسی اصول سیاستگذاری در جهان و روند تاریخی آن،
۲. تجارب جهانی در تنظیم سیاست ملی سلامت با بررسی چگونگی تنظیم سیاست ملی سلامت از دید سازمان جهانی بهداشت، سازمان ملل متحد (اهداف جهانی توسعه هزاره) و اصول حاکم بر سیاست سلامت در کشورهای انگلستان و امریکا،
۳. شیوه وضع موجود سیاستگذاری در سلامت از منظر قانون اساسی، قانون برنامه چهارم توسعه و قوانین موجود در کشور،
۴. تبیین وضع موجود و بررسی نقاط قوت و ضعف،
۵. تنظیم سیاست ملی سلامت برای جمهوری اسلامی ایران با بهره‌گیری از نتایج حاصل از

---

1. LEB= Life Expectancy at Birth  
2. OOP= Out of Pocket  
3. Catastrophic Cost



مراحل فوق،

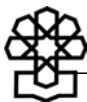
به منظور تنظیم سیاست سلامتی برای ایران ضرورت دارد در ابتدا به پرسش‌هایی که در زیر مطرح شده است پاسخ داده شود. این پرسش‌ها کلیت نظام موجود و نگاه آرمانی را مورد بررسی قرار داده و سپس سیاست ملی سلامت تدوین می‌گردد:

۱. اصول اساسی نظام سلامت کدامند؟ این اصول بر چه فلسفه‌ای استوارند؟
۲. با توجه به اصول مندرج در بند «۱» نگاه و رسالت ما چیست؟ در این ارتباط دورنمای مراقبت‌های پیشگیرانه، اولیه، بیمارستانی، دراز مدت و ... و کیفیت آن‌ها چگونه است؟
۳. جایگاه بیمار در نظام کجاست؟  
- منشور حقوق بیمار چگونه تعریف می‌شود؟ آیا بیمار نیازمند اطلاعات باز و اضافی است؟ و چگونه می‌توان حق انتخاب وی را بیش‌تر کرد؟ حق او به عنوان انسان چگونه تعریف می‌شود؟  
- استانداردهای حرفه‌ای مربوط به پزشکان و سایر کارکنان سلامت در این ارتباط چگونه تعریف می‌شود؟
۴. جایگاه پزشکان به عنوان ایفا کنندگان نقش اصلی در تأمین مراقبت‌ها در نظام چگونه است و چگونه باید باشد؟  
- آیا نگاه به پزشکان عمومی به عنوان پزشک خانواده برقرار است؟ قصدی برای استقرار آن وجود دارد؟
۵. آیا نیاز به بازنگری در قراردادهای وجود دارد؟ دو یا چند شغله بودن پزشکان و ایفای نقش‌های متفاوت در آن واحد به نفع نظام سلامت است؟
۶. جایگاه پیراپزشکان و سایر کارکنان بخش سلامت چگونه تعریف شده است؟ نظام پزشکی، نظام پرستاری، انجمن‌های علمی در کجای سیستم قرار دارند؟
۷. وضع نظام سلامت امروز چگونه است؟  
در این ارتباط پاسخ به سؤالات زیر ضروری است:  
- تاکنون به چه چیزهایی دست یافته‌ایم؟ نگاه عمومی (مردم و کارکنان نظام سلامت) در مورد سیستم چیست؟  
- آیا نظام موجود پاسخگوی نیازهای هزاره سوم می‌باشد؟
۸. سرمایه‌گذاری در نیروی انسانی چگونه خواهد بود؟  
- به چه تعداد نیرو در آینده نیاز داریم؟ و سیاست‌گذاری آن با توجه به نیروی مازاد چه خواهد شد؟ به چه تعداد دانشکده در آینده نیازمندیم؟ برای ایجاد بهره‌وری در نیروی انسانی نحوه پرداخت چگونه باید باشد؟
۹. گزینه‌های مختلف تأمین منابع مالی کدامند؟  
- نظام‌های مختلف تأمین منابع مالی در جهان کدامند و از دید بین‌المللی جهان و کشور با چه فشارهایی مواجهند؟ آیا نظام موجود کارآمد و مناسب است؟





- آیا نیاز به اصلاح وجود دارد؟ گزینه‌های پیشنهادی کدامند؟
۹. چگونه در نظام سلامت سرمایه‌گذاری کنیم؟
- نحوه گسترش خدمات سلامت از نظر تعداد تخت، بیمارستان و مراکز مورد نیاز اعم از خصوصی و دولتی یا تعاونی در ده سال آینده چگونه خواهد بود؟ نظام فناوری اطلاعات و ارتباطات<sup>۱</sup> در بهداشت و درمان چگونه خواهد بود؟
- وضعیت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی موجود چه خواهد شد؟
- سرمایه‌گذاری در تکنولوژی جدید و ورود آن به کشور با توجه به منابع موجود چگونه خواهد بود؟
۱۰. برای ایجاد تغییر در نظام سلامت نگاه به توزیع مسئولیت چگونه خواهد بود؟
- اهداف کلیدی ملی در نظام سلامت کدامند؟ آیا سیاست عدم تمرکز در پیش گرفته خواهد شد؟
- نظام کنترل و پایش چگونه خواهد بود؟
۱۱. نحوه ارتباط سلامت و خدمات اجتماعی چگونه است؟
- آیا ضرورتی برای ادغام بیمه و خدمات اجتماعی با نظام سلامت وجود دارد؟
- نقطه نظر ذی‌نفعان صندوق‌های مختلف چیست؟
۱۲. ارتباط بین نظام سلامت، حاکمیت، بخش دولتی و بخش خصوصی چگونه است؟
- آیا نیاز به همکاری وجود دارد؟ مشارکت بخش خصوصی و دولتی در ارائه خدمات جدید به بیماران چگونه باید باشد؟
- نگاه به سایر بخش‌های اثرگذار در نظام سلامت مانند: ایمنی راه‌ها، کشاورزی و تغذیه، محیط زیست، ترافیک، خودرو و صنایع و ... چگونه است؟
۱۳. سلامت را چگونه می‌توان ارتقا داد و نابرابری را چگونه می‌توان از میان برداشت؟
- هدف ملی برای حذف نابرابری‌های سلامت چیست و چگونه سیاست‌گذاری می‌شود؟
- چگونه می‌توان منابع را در مناطق محروم افزایش داد؟
- چگونه می‌توان خدمات را در مناطق محروم با مناطق برخوردار یکسان کرد؟
- نگاه به گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان، زنان، سالمندان، فقرا و ... در نظام چیست و چگونه باید باشد؟
۱۴. اولویت‌های کلینیکی در نظام سلامت کدامند و چگونه باید اولویت‌بندی کرد؟
- اولویت‌بندی بیماری‌ها و غربالگری بیماری و سرطان، و نحوه پرداختن به آن‌ها چگونه است؟
- برای موارد فوق چه سرمایه‌گذاری صورت گرفته است؟
۱۵. ارتباط بین طب پیشگیری، خدمات درمانی، حوادث و بیماری‌های شغلی و بازتوانی چگونه است؟
- نگاه به سلامت فردی و اجتماعی و عوامل اثرگذار بر محیط آن (فیزیکی، اجتماعی، روانی و معنوی) چگونه است؟



. -

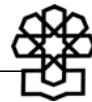
فرایند تنظیم سیاست ملی سلامت مستلزم بررسی و در صورت لزوم تغییر در سیاست‌های موجود نظام سلامت است که شامل شش مرحله است: تعریف مسائل، تشخیص علل پدید آمدن آن‌ها، تدوین طرح‌ها، گرفتن تصمیمی سیاسی در مورد برنامه‌های ابتکاری اصلاحات، سپس اجرای برنامه‌ها برای اصلاحات و ارزشیابی پیامدهای آن‌ها. با شکل‌گیری مسائل جدید که سیاستگذاران باید به آن‌ها بپردازند، چرخه مجدداً آغاز می‌شود که از آن به عنوان چرخه سیاستگذاری نامبرده می‌شود. مراحل مختلف این چرخه به طور اختصار شرح داده می‌شود.

یکی از مهم‌ترین مراحل در سیاستگذاری بخش سلامت که بیش از همه از آن غفلت می‌شود، بیان مسأله است. در اندیشیدن به بیان مسأله می‌توان دو گونه پرسش مطرح کرد. نوع اول پرسش‌هایی هنجاری یا توصیه‌ای<sup>۱</sup> است که با پرسش‌هایی مانند «معنای خوب تعریف کردن مسأله چیست؟ آغاز می‌شود. پاسخ دادن به این پرسش‌ها پای اخلاق و فلسفه را به میان می‌کشد.

نوع دوم پرسش‌های تجربی یا توصیفی<sup>۲</sup> است که این نوع نیز با سئوالاتی مانند «کدام فرایندهای اجتماعی، دریافت ما را از مسائل شکل می‌دهند؟ عوامل تعیین کننده بیان مسأله که مجریان بخش سلامت با آن‌ها مواجهند، کدام است؟» شروع می‌شود. رویکرد توصیه‌ای به بیان مسأله، بر این دیدگاه استوار است که بخش سلامت را باید به عنوان یک وسیله دید و نه یک هدف، و مسائل را نیز باید به صورت پیامد تعریف کرد. یکی از این پیامدهای مهم، وضعیت سلامت جامعه است. وضعیت سلامت را می‌توان با پرسش‌هایی مانند «افراد چقدر عمر می‌کنند، چه ناتوانی‌هایی دارند و این ناتوانی‌ها در گروه‌های جمعیتی مختلف چه تفاوت‌هایی دارند؟» مورد بررسی قرار داد. دومین مجموعه از پیامدها میزان رضایتمندی است که مراقبت‌های سلامت در میان شهروندان جامعه به وجود می‌آورد. سومین مجموعه از پیامدها، محافظت در برابر خطرات مالی است که به معنی توان نظام مراقبت سلامت برای حفاظت از افراد در برابر فشارهای خطیر مالی است که به سبب بیماری پدید می‌آید.

پس از تعریف مسائل بر مبنای پیامدهای نظام سلامت، اقدام بعدی عبارت است از تلاشی واپس‌نگر<sup>۳</sup> برای شناسایی عوامل ایجاد کننده نتایج غیر رضایت بخش. مجریان بخش سلامت نیز باید از طریق جستجو در آنچه که پنج اهرم کنترل<sup>۴</sup> بخش سلامت نامیده می‌شود، به بررسی علل مسائل بپردازند.

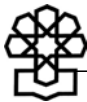
1. Normative or Prescriptive
2. Empirical or Descriptive
3. Retrospective
4. Control Knob



اهرم کنترل نظام سلامت چیزی است که با اقدام حکومت قابل تعدیل است علاوه بر این، تعدیل یا تغییر در اهرم کنترل باید عامل تعیین کننده و قابل ملاحظه برای عملکرد نظام سلامت باشد، به بیان دیگر اهرم‌های کنترل نشان دهنده جنبه‌های مجزایی از ساختار و کارکرد نظام سلامت است که برای عملکرد نظام سلامت اهمیت قابل توجهی دارند و به عنوان بخشی از اصلاحات سلامت در آن‌ها تغییراتی ایجاد می‌شود. تنها عواملی که بتوانند در عملکرد نظام سلامت نقش تعیین‌کننده قابل ملاحظه‌ای داشته باشند، اهرم کنترل محسوب می‌شوند. در این جا فهرستی از اهرم‌های کنترل مورد نظر همراه با توصیفی خلاصه برای هر کدام ذکر می‌شود:

- یعنی همه سازوکارها که جهت فراهم نمودن پولی که برای فعالیت‌های بخش سلامت پرداخت می‌شود. این سازوکارها عبارتند از مالیات، حق بیمه و پرداخت‌های مستقیم توسط بیماران. طراحی مؤسسات جمع‌آوری کننده پول (به عنوان مثال شرکت‌های بیمه و صندوق‌های بیمه اجتماعی) و تخصیص منابع برای اولویت‌های مختلف نیز بخشی از این اهرم کنترل است.
- یعنی روش‌های مربوط به انتقال پول به ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت (پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر کارکنان بخش سلامت) از قبیل دستمزد ثابت<sup>۲</sup>، کارانه<sup>۳</sup>، پرداخت سرانه<sup>۴</sup> و بودجه. این روش‌ها به نوبه خود ایجاد انگیزه‌هایی می‌کنند که بر چگونگی رفتار ارائه‌کنندگان تأثیر می‌گذارد. پول پرداخت شده به صورت مستقیم توسط بیماران نیز در این اهرم کنترل می‌گنجد.
- عبارتست از سازوکارهایی که مجریان بخش سلامت برای تأثیر گذاردن بر مجموعه‌ای مختلط از ارائه‌کنندگان در بازار مراقبت سلامت، ساختار این بازارها، نقش‌ها و کارکردها و چگونگی کارکرد داخلی این ارائه‌کنندگان، از آن‌ها استفاده می‌کنند. این ساز و کارها عبارتند از اقداماتی که بر رقابت، تمرکز زدایی و کنترل مستقیم ارائه‌کنندگانی که به ارائه خدمات دولتی می‌پردازند، تأثیر می‌گذارند. این امر موارد زیر را شامل می‌شود: چه کسی چه کاری را انجام می‌دهد، چه کسی با چه کسی رقابت می‌کند و نیز جنبه‌های مدیریتی کارکرد داخلی ارائه‌کنندگان از قبیل چگونگی انتخاب مدیران و چگونگی پاداش‌دهی به کارکنان.
- یعنی استفاده از اقدامات وادارکننده و الزام‌آور از سوی دولت برای تغییر رفتار مجریان نظام سلامت شامل ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت، شرکت‌های بیمه و بیماران. لازم به ذکر است، تدوین مقررات به معنی پذیرش و اجرای آن نیست. مجریان بخش سلامت باید به نکاتی توجه نمایند تا رعایت مقررات به صورتی که انتظار می‌رود تضمین شود.
- شامل اقداماتی برای تأثیر گذاشتن بر کارهایی است که افراد (هم ارائه‌کنندگان و هم بیماران)

1. Financing
2. Payment
3. Fees
4. Fee For Service= FFS
5. Capitation
6. Organization
7. Regulation
8. Behavior



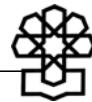
در ارتباط با سلامت و مراقبت سلامت انجام می‌دهند. این اهرم کنترل موارد مختلفی را از برنامه‌های رسانه‌های گروهی در مورد سیگار، تغییرات در رفتارهای جنسی برای پیشگیری از عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی، ایدز<sup>۱</sup> و استفاده از انجمن‌های پزشکی برای تأثیر بر رفتار پزشکان (به عنوان مثال القای مصرف کاذب) گرفته تا متقاعد ساختن شهروندان را برای پذیرش محدودیت در انتخاب ارائه‌کنندگان و صرف‌نظر از درخواست‌های بی‌فایده و بعضاً مضر شامل می‌شود.

اهرم‌ها کنترل همه چیزها را توضیح نمی‌دهند. سایر عوامل فرهنگی و ساختاری نیز بر پیامدهای بخش سلامت تأثیر می‌گذارند. به عنوان مثال درک علت عدم کارکرد مؤثر نهادهای واضع مقررات و ناظر در کشور، ممکن است مستلزم درک نهادهای سیاسی و سنت‌های فرهنگی آن کشور و از جمله سرمایه‌های اجتماعی آن باشد. این‌ها عواملی هستند که مجریان بخش سلامت به آسانی قادر به تغییر آن‌ها نیستند.

هنگامی که علل پدید آمدن یک مسأله شناسایی شد، سؤال بعدی که مطرح می‌شود این است که چه باید کرد؟ درمان صحیح این مسأله چیست؟ چه سیاست مناسبی می‌توان برای رفع این علل اتخاذ کرد؟ فرایند تدوین سیاست مشکل‌تر از آن چیزی است که در ابتدا به نظر می‌رسد. در تدوین سیاست مواردی وجود دارد که عبارتند از:

- تفکر انسانی قویاً تحت الشعاع پندارها و عادات‌هاست. حرفه‌های مختلف معمولاً اعضای خود را با یک الگوی خاص آموزش می‌دهند و این راه‌ها فکر کردن را از طریق تمرین و تجربه تقویت می‌کنند، به عنوان مثال اقتصاددانان تمایل دارند به همه چیزها به زبان قیمت و بازار نگاه کنند، در حالی که متخصصان بهداشت عمومی تا حد زیادی بر همه‌گیری شناسایی و پیشگیری تمرکز دارند. هنگامی که سازمان‌های قدرتمند، مانند سازمان جهانی بهداشت، الگویی خاص را در حیطه‌ای مشخص می‌پذیرند و آن را ترویج می‌دهند، تغییر مشکل‌تر می‌شود ولی به هر حال تجارب سایر ملل یا تجربه سازمان‌های بین‌المللی اولین منبع ایده‌های جدید است. به طور قطع از آن‌جا که شرایط اقتصادی و نهادهای سیاسی در کشورها متفاوتند، لازم است ایده‌های برگرفته از دیگر کشورها با شرایط محلی سازگار شود. ابتکارات و نوآوری سیاست‌ها در خارج از بخش سلامت منبعی دیگر برای ایده‌های جدید به شمار می‌روند و منبع سوم ایده‌ها، مباحث نظری است.

- به منظور ایجاد طرحی مؤثر برای بهبود بخش سلامت، مجریان مجبورند از پیش به فکر مرحله‌های تصمیم‌گیری سیاسی و اجرا نیز باشند و سیاست‌ها را با توجه به آن‌ها طراحی کنند. بخشی از تفکر آینده‌نگر<sup>۲</sup> به سیاست مربوط می‌شود. نگاه کردن به نوآوری سیاست‌ها، به عنوان یک تجربه، به سیاستگذاران امکان می‌دهد تا طرح‌های پیشنهادی متفاوت را ارزشیابی کنند.

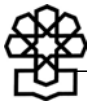


• وظیفه طراحی طرح‌هایی به منظور تغییر در سیاست‌های ملی سلامت به همان اندازه که تحلیلی است، جنبه سیاسی هم دارد. این امر هم محتوای ایده‌های اصلاحات و هم فرایند شکل‌گیری این ایده‌ها را دربرمی‌گیرد. فرایند طراحی، مرحله‌ای کلیدی در جلب حمایت‌ها برای اصلاحات است. از این رو فرایند تدوین سیاست باید باعث ایجاد طرحی شود که از نظر فنی صحیح و از نظر سیاسی امکانپذیر باشد.

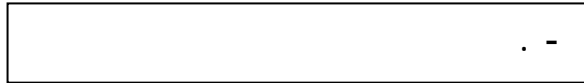
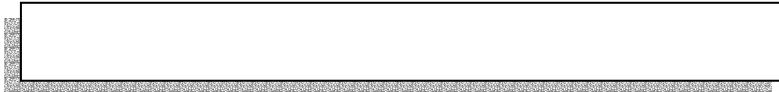
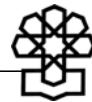
پذیرش یک طرح پیشنهادی برای تغییر، اغلب بر تصمیم‌گیری سیاسی توسط شاخه‌های اجرایی و قانونگذار حکومت متمرکز است. اصلاحات بخش سلامت معمولاً با چالش‌های سیاسی دشوار مواجه است گروه‌های ذی‌نفع سازمان یافته که منافع زیادی در نظام فعلی دارند (به‌عنوان مثال پزشکان، شرکت‌های تجهیزات پزشکی، صاحبان بیمارستان‌ها و صنعت داروسازی) امکان دارد با تغییر مخالف باشند. از سوی دیگر کسانی که قرار است از این تغییرات سود ببرند، (برای مثال بیماران، فقرا و محرومان) اغلب از قدرت و سازماندهی کم‌تری برخوردارند. برخی افراد درون نظام سلامت که قرار است به صورت بالقوه از اصلاحات سود ببرند (مثلاً پزشکان خانواده جدید که باید تربیت شوند) اصلاً ممکن است هنوز وجود نداشته باشند و بنابراین نمی‌توانند نقش مؤثری ایفا کنند. همیشه در کشاکش تصمیم‌گیری‌های سیاسی، آینده سهم کم‌تری نسبت به گذشته دارد. وظیفه سیاسی در تمامی وضعیت‌ها، ایجاد ائتلاف حمایتی قوی است؛ این امر به معنی شناسایی گروه‌ها و افرادی است که روی هم رفته از قدرت سیاسی کافی برای قبولاندن سیاست پیشنهاد شده برخوردار باشند. علاوه بر این، کار سیاسی فقط با پذیرش یک طرح پایان نمی‌یابد، بلکه در این‌که آیا اصلاحات به صورتی دلسوزانه و درست اجرا می‌شوند یا خیر، نقش مهمی دارد.

تغییر در بخش سلامت همیشه نیازمند تغییر رفتار سازمان‌ها و افراد است. بدون چنین تغییراتی، هیچ چیز جدیدی پدید نخواهد آمد. با این حال تقریباً همیشه مقاومت در برابر تغییر وجود دارد. یکی از دلایل این مقاومت روانشناختی است. اقدامات و ساختارهای جدید غریبه و ناآشنا هستند. صرفاً همین جدید بودن در مورد بسیاری از افراد ایجاد اضطراب و مقاومت می‌کند. نیروی دیگری که مانع از تغییر می‌شود، دشواری دست کشیدن از راه‌های آشنای قبلی است. الگوهای ریشه‌دار تفکر و رفتار که به آهستگی تکامل پیدا کرده‌اند و در گذشته خوب جواب داده‌اند می‌توانند مانعی قوی در برابر اصلاحات باشند.

ارزشیابان با تجربه می‌دانند که ارزشیابی موفق باید حتی پیش از اجرای هر برنامه جدید شروع شود. تعیین آثار هر سیاست جدید در تغییر دنیای پیرامون، ذاتاً کاری دشوار است. ساده‌ترین



رویکرد ارزشیابی، مقایسه وضعیت قبل و بعد است. این روش، تغییر پیامدها را که طی زمان و با اجرای اصلاحات اتفاق می‌افتد، بررسی می‌کند. با وجود این‌که بررسی بسیاری از مسائل مرتبط با ارزشیابی اصلاحات بخش سلامت در این مجال شدنی نیست، اما به خاطر سپردن چند درس اساسی در مورد نقش داده‌ها در ارزشیابی مبتنی بر شواهد برای مجریان اصلاحات الزامی است. اولاً جمع‌آوری داده‌ها رایگان نیست و معمولاً برای داشتن داده‌های بهتر باید بیش‌تر خرج کرد. برنامه مطلوب ارزشیابی باید میان هزینه‌ها و مفید بودن داده‌ها تعادل برقرار کند. ثانیاً هزینه گردآوری داده‌ها مربوط به کسانی است که گزارش‌ها را تهیه می‌کنند. اگر تأمین داده‌های خوب پرهزینه باشد و منابع کافی برای آن در نظر گرفته نشود، داده‌های نامناسبی گردآوری خواهد شد. در مجموع، ارزشیابی باید یکی از نکات اولیه مورد توجه مجریان بخش سلامت باشد. برای ارزشیابی نمی‌توان صبر کرد تا ابتدا برنامه اجرا شود. داده‌های پایه‌ای باید پیش از اجرا جمع‌آوری شود و نظام‌های اجرایی باید طوری طراحی شود که ارزشیابی را مدنظر داشته باشد.

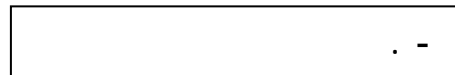


در روند سیاستگذاری برای سلامت از سه عبارت برنامه‌ریزی، مدیریت و سیاست استفاده می‌شود؛ که این سه عبارت ارتباط نزدیکی با هم داشته و گاه‌هاً به جای هم به کار می‌روند:

: منظور بیانیه‌هایی است که در سطح کلان در سازمان‌ها مطرح می‌باشد و در هر سطح معنی خاص خود را دارد مثلاً در سطح وزارت بهداشت تشویق بخش خصوصی، در سطح شهرستان تشویق مراقبت‌های پیشگیرانه و در سطح فنی مواردی مانند برنامه‌های واکسیناسیون را دربرمی‌گیرد. آنچه که بدیهی است این است که سیاست‌ها در خلأ به وجود نمی‌آیند و اغلب نتیجه تحلیلی هستند که با قضاوت‌های ارزشی آمیخته می‌شوند و بنابراین در فرایند برنامه‌ریزی خصوصاً آنالیز وضعیت، کلیدی‌ترین نقش، فرموله کردن سیاست‌هاست.

: در سال‌های اخیر بیشتر به جای اداره کردن<sup>۲</sup> استفاده می‌شود در واقع مدیریت به معنی انتقال قدرت به نمایندگان اجرایی است در صورتی که اداره عبارت است از کاربرد قوانین و مقرراتی که توسط سطوح بالاتر تدوین می‌شود به عبارتی دیگر مدیریت، یک فرایند کلی تصمیم‌سازی در درون یک سازمان است.

: شرط اول و زمینه‌ساز اداره سلامت از طریق تدوین قوانین و مقررات است و یکی از وجوه تصمیم‌سازی در درون یک سازمان که ناظر بر آینده است؛ برنامه‌ریزی است.



به منظور تدوین سیاست‌ها در جهت دستیابی به هدف ضرورت دارد که در ابتدا نگرش اصلی کشور به موضوع سلامت تبیین و سپس سیاستگذاری براساس این فلسفه صورت پذیرد. باید توجه داشت سلامت کلمه‌ای وسیع است و به تعبیر سازمان جهانی بهداشت «وضعیت احساس خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی است و نه فقط فقدان بیماری و ناخوشی» و لذا مواردی مانند فقر، آموزش، تغذیه، اشتغال، دسترسی به آشامیدنی سالم، بهداشت، شرایط زندگی و... را نیز در برمی‌گیرد. اما سلامت مراقبت‌های سلامتی تنها قسمت کوچکی را شامل می‌شود. مطالعات بیانگر چهار نگرش اصلی به موضوع سلامت می‌باشد که در ذیل اشاره مختصری به آن‌ها می‌شود:

1. Policy
2. Management
3. Administration
4. Planning



(

در این تعریف حکومت موظف است کلیه موانع دسترسی به سلامت را از میان بردارد و شرایطی که برای حفظ سلامت آحاد جامعه لازم است را فراهم نماید که در آن صورت مراقبت‌های سلامتی فقط جزئی از آن است.

(

در این حالت دسترسی عادلانه به مراقبت‌های سلامتی، هدف اصلی است و دسترسی به مراقبت سلامت همانند برابری در دسترسی به غذا، مسکن و... تلقی می‌شود. در این ارتباط مراقبت‌های سلامت پایه در مقابل کلیه سطوح سلامت اولویت دارد و در نهایت نتیجه همه تلاش‌ها باید تبدیل به حق مثبت شود.

توضیح این‌که حق زمانی مثبت تلقی می‌شود که محقق گردد به‌عنوان مثال: اگر دولت وعده تأمین هفته‌ای سه لیوان شیر را برای کودکان حق بداند و آن را تأمین نماید حق مثبت تلقی می‌شود. اما چنان‌چه مصرف سه وعده خاویار را برای آحاد مردم حق دانسته ولی تأمین ننماید حق منفی تلقی می‌شود.

(

در این دیدگاه سلامت از نگاه افراد مهم است. حکومت مسئولیت خاصی در تأمین آن ندارد و وظیفه حکومت محدود می‌شود به تضمین کیفیت مراقبت‌ها (مانند سایر کالاها می‌شود) و وظیفه‌ای در مقابل دسترسی عادلانه به خدمات سلامت ندارد.

(

در این نگاه سلامتی به عنوان حفظ توانایی و بهره‌وری نیروی کار تلقی می‌شود که بر تولید از طریق کاهش غیبت از کار و کاهش آثار معلولیت‌زا، اثرگذار است. در این نگاه سلامت وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف است.<sup>۴</sup>

- .

با لحاظ نگرش‌های فوق، وظایف دولت‌ها در بخش سلامت قابل تعریف است. صرف‌نظر از نوع نگرش، چهار فعالیت اصلی در عملکرد سیستم سلامت ضروری است و نقش دولت در کشورهای مختلف متفاوت است. این فعالیت‌ها عبارتند از: سیاستگذاری،<sup>۵</sup> تأمین مالی،<sup>۶</sup> فراهم کردن خدمات<sup>۷</sup> و تدوین ضوابط و مقررات<sup>۸</sup> و نظارت کامل بر عملکرد کلیه ذی‌نفعان در نظام سلامت:

1. Health
2. Health as Consumption good
3. Health as Investment
4. Means to an end
5. Policy Formation
6. Financing
7. Service Provision
8. Regulation





(

این موضوع اولین نقش بالقوه برای دولت است. اگر نگاه دولت سلامت یا دسترسی به مراقبت‌های سلامت است، لازم است تنظیم سیاست برای کل بخش انجام شود. در این ارتباط وظایف دولت، از تبیین نقش سازمان‌های مختلف سلامتی مانند بیمارستان‌های خصوصی، تنظیم الزامات برای فراهم‌کنندگان خدمات تا محل استقرار تسهیلات سلامتی، موضوعات فنی پزشکی (از قبیل جداول واکسیناسیون)، استانداردهای حرفه‌ای، آموزش و ... را دربرمی‌گیرد. دولتی که نگاه به سلامت به عنوان کالای مصرفی دارد، سازوکارهای قیمتگذاری و مقررات شناسایی صاحبان حرف پزشکی را تنظیم می‌کند. با توجه به موارد پیش گفته عملاً ارتباط بین سیاستگذاری و برنامه‌ریزی بسیار نزدیک است.

(

در این حالت، دولت نقش متفاوتی را دارد، که عبارت است از: سازوکارهای تأمین مرکزی منابع شامل مالیات یا بیمه‌های اجتماعی: تدوین نظام‌های پرداخت یا پیش پرداخت.

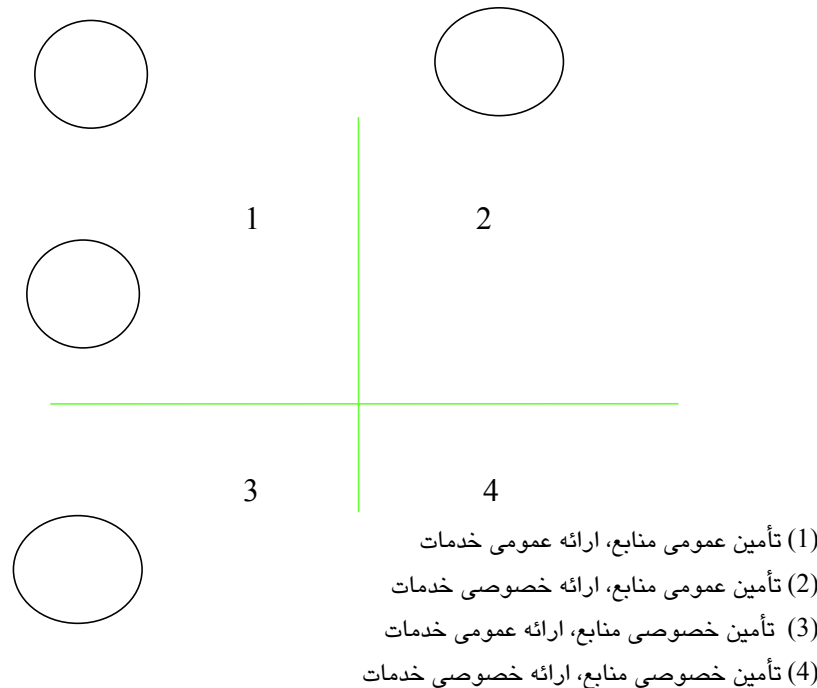
(

دولت می‌تواند مستقیم به ارائه خدمات بپردازد یا ارائه خدمات را طبق ضوابط تدوین شده به بخش غیردولتی بسپارد، یا ترکیبی از هر دو باشد. در برخی کشورها شیوه اول رواج دارد و دولت در تأمین خدمات برای آحاد جامعه نقش عمده‌ای دارد.

(

در این حالت دولت در خصوص نوع و کیفیت مراقبت‌ها دخالت می‌کند. فعالیت‌های تدوین مقررات برعکس فعالیت‌های سیاستگذاری است و در واقع مکانیسمی است که تضمین می‌کند سیاست‌ها به مرحله اجرا درآید.

با این نگاه می‌توان گفت با توجه به نقش دولت چهار حالت در ارائه خدمات و تأمین مالی پیش خواهد آمد. نگاه به نمودار ۱ که نمودار تأمین منابع و نحوه ارائه مراقبت‌های سلامتی است نشان می‌دهد که در ربع 1 تأمین و ارائه عمومی است. خدمات عمومی در ربع 2 قرار می‌گیرد که خدمات توسط پزشکان خویش‌فرما فراهم می‌شود ولی درآمد آنان از منابع عمومی تأمین می‌گردد. در یک سیستم مبتنی بر HMO که سیستمی ادغام یافته است منابع از بخش خصوصی فراهم می‌شود و خدمات را هم از بخش خصوصی و هم عمومی خریداری می‌کند و در ربع 3 و ربع 4 قرار می‌گیرد. آنچه که مهم است این است که سیستم‌هایی که ادغام یافته نیستند مانند شرکت‌های بیمه‌ای، به‌عنوان پرداخت‌کننده خصوصی شخص ثالث نیز می‌توانند در ربع 3 و ربع 4 قرار گیرند و به عبارت دیگر ضرورتی ندارد که اگر تأمین منابع عمومی است ارائه نیز عمومی باشد و بالعکس. آنچه که می‌توان از این مباحث نتیجه گرفت این است که مداخله دولت در تأمین منابع از اهمیت بیش‌تری برخوردار است تا ارائه خدمات.



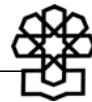
لازم به ذکر است دولت‌ها به عنوان فراهم کننده خدمت دو نقش قابل توجه نسبت به سایر فراهم کنندگان دارند و آن نقش سیاستگذاری و تنظیم مقررات در راستای مسئولیت سلامت ملت خودشان است. سیاست‌ها مبنای برنامه‌ریزی قرار گرفته و ضمن مدیریت استقرار، به مرحله اجرا در می‌آید. بنابراین سیاستی که منجر به طرح اجرایی و عملیاتی نشود هیچ مشکلی از کشور را حل نخواهد کرد. به همین دلیل آشنایی با برنامه‌ریزی و رویکردهای مختلف آن موجب می‌شود طراحی سیاست سلامت تا مرحله برنامه‌ریزی و اجرا پیش برود.

رویکردهای مختلف برنامه‌ریزی صرفنظر از تعریف دقیق آن یک نقطه مشترک دارند و آن علاقمندی در خصوص تصمیم‌گیری مربوط به آینده است. در ارتباط با بخش بهداشت و درمان برنامه‌ریزی از دو دیدگاه وسیع تعریف می‌شود:

- برنامه‌ریزی فعالیتی<sup>۱</sup>: عبارت است از تنظیم جداول زمانی قابل پایش و برنامه زمان‌بندی استقرار فعالیت‌های از پیش تعیین شده.

- برنامه‌ریزی تخصیصی<sup>۲</sup>: بخش پیچیده‌تر برنامه‌ریزی بوده و مربوط به اتخاذ تصمیم در مورد چگونگی هزینه‌کرد منابع می‌باشد.

با این نگاه برنامه‌ریزی تخصیصی عبارت است از یک روش سیستماتیک در تلاش برای



دستیابی به اهداف تصریحی در آینده از طریق استفاده کارا و مناسب از منابعی که هم اکنون وجود دارد یا در آینده قابل فراهم کردن است در این ارتباط اجزای اصلی عبارتند از:

الف) تبیین اهداف<sup>۱</sup> (در پاسخ به سؤال به کجا می‌رویم؟)،  
ب) منابع<sup>۲</sup> (در پاسخ به سؤال با چه چیزی؟)،  
ج) استقرار کارا و مناسب<sup>۳</sup> (در پاسخ به سؤال چگونه؟)،  
د) زمان و مکان<sup>۴</sup> (در آینده در پاسخ به سؤال کجا؟)،  
ه) درجه رسمیت فرایند<sup>۵</sup> (شامل تصریح و سیستمی بودن روش).  
با اقدامات فوق طرح تعریف می‌شود که به معنی چگونگی مصرف منابع در دستیابی به اهداف سازمانی است. ضرورت برنامه‌ریزی به این دلیل است که در بخش بهداشت و درمان منابع موجود برای پاسخگویی به نیازهای سلامت با تقاضای جامعه همخوانی ندارد.

. -

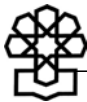
داخل و رابطه نزدیک سیاستگذاری و برنامه‌ریزی را می‌توان در موضوعات سیاست‌هایی که حداقل در بیست سال گذشته محور بخش سلامت بوده است، پیدا کرد. سیاست مراقبت‌های اولیه سلامت<sup>۶</sup> مبنای بنیانگذاری سیاست‌های سلامت در اغلب کشورها در دهه ۹۰ بود. اما در ۵-۱۰ سال گذشته تأکید نقطه کانونی<sup>۸</sup> از مراقبت‌های اولیه سلامت به سمت ساختار بخش سلامت تغییر یافته و سیاست‌های اصلاح در نظام سلامت<sup>۹</sup> تأکید اصلی تأمین کنندگان منابع بین‌المللی و اغلب وزارتخانه‌های سلامت گردیده است.

از آنجایی که این دو تفکر نقش عمده‌ای در شکل‌گیری سیاست‌های سلامت کشورهای مختلف داشته‌اند به بررسی مختصر آن‌ها می‌پردازیم.

. - -

در سال ۱۹۷۸ در آلماتای قزاقستان طی کنفرانسی مشترک، یونیسف و سازمان جهانی بهداشت بیانیه‌ای را صادر کردند که به موجب آن دستیابی به هدف «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» هدف آرمانی نظام سلامت جهانی قرار گرفت. در آن بیانیه روند تفکر در سلامت و مراقبت‌های سلامتی و توسعه در هم آمیخت و منجر به استراتژیی شد که بعدها به عنوان رویکرد PHC شناخته شد. این رویکرد بر نگرش بسیاری از وزرای سلامت کشورهای در حال توسعه و تا حدودی کشورهای توسعه یافته جهان اثر گذاشت. در این رویکرد تغییر عمده در نگرش به وضعیت سلامت و تلاش در

1. Objectives
2. Resources
3. Efficient & Appropriate
4. Future
5. Formalization
6. Policy Context
7. Primary Health Care=PHC
8. Focal Point
9. HSR (Health Sector Reform)



جهت بهبود شرایط سلامتِ اقشار ضعیف جامعه صورت گرفت و ضرورت ایجاد ارتباطی نو بین دارندگان حرف سلامتی را با اعضای جامعه تبیین کرد. این رویکرد، انقلابی را در عرصه سلامت جهان به وجود آورد. به طور مثال تا قبل از آن در سال ۱۹۴۲ سلامت به معنی منظم بودن بدن<sup>۱</sup> تلقی می‌شد. در دهه ۵۰ و ۶۰ میلادی مدل پزشکی از سلامت مطرح بود و این‌گونه تصور می‌شد که بیماری نتیجه عدم کارکرد مطلوب و فیزیولوژیک ارگان‌های بدن است و لذا استراتژی‌های پیشنهادی انجام مداخلاتی را در سطح کلینیکی افراد مطرح می‌کرد و موجب گسترش خدمات درمانی<sup>۲</sup> با محوریت بیمارستان‌ها می‌شد که از آن‌ها به عنوان « قصر بیماری»<sup>۳</sup> نام برده شده و وزارتخانه بهداشت «وزارت بیماری»<sup>۴</sup> خوانده می‌شد؛ در سال ۱۹۷۲ «فان شل»<sup>۵</sup> تعریف عملیاتی از سلامتی انسان را این‌گونه بیان می‌کند « فرد در صورتی سالم است که بتواند فعالیت‌های عادی روزانه خود را انجام دهد و زمانی که نتواند آن را انجام دهد دچار اختلال شده یا از وضعیت سلامت منحرف شده است» در صورتی که در تعریف سازمان جهانی بهداشت که در سال ۱۹۷۹ ارائه می‌شود تعریف وسیع‌تری ارائه گردد. در این تعریف سلامت عبارت است از: »

« در این

تعریف علاوه بر جسم و روان فرد، دو عامل دیگر شامل محل زندگی افراد در درون جامعه و درجه کنترل و انتخاب افراد بر بدن خود نیز در تعریف گنجانده می‌شود و لذا دیگر فرد تنها سنجیده نمی‌شود بلکه عوامل اجتماعی نیز بر سلامت وی تأثیر می‌گذارند. این عوامل عبارتند از: فقر، بیکاری، نژادپرستی، تبعیض جنسیتی و ... که بر عمر فرد و کیفیت آن اثر گذارند بدیهی است که ارتقای سلامت افراد فقط مربوط به پیشرفت‌های پزشکی نیست، بلکه ناشی از بسیاری از تغییراتی است که در استانداردهای زیستی صورت گرفته است. در همین ارتباط عوامل تعیین کننده سلامت فقط در ارگان‌های بدن افراد شکل نمی‌گیرد بلکه عمق مواردی که در قالب اهداف و برنامه‌های سلامت‌نگر پوشش داده می‌شود منعکس کننده تعاملاتی است که تضمین کننده سلامت فردی و اجتماعی است. به طور مثال رفتارهای افراد و عوامل محیطی، تعیین کننده ۷۰ درصد از مرگ‌های پیش‌رس در دنیاست و بنابراین اقدامات پیشگیرانه و سیاست‌گذاری‌هایی که به این دو عامل مهم توجه داشته باشد می‌تواند موجب کاهش بار بیماری‌ها، افزایش کیفیت زندگی و طول عمر گردد.

براساس این تفکر جدید که در آن بیولوژی فردی و رفتارهای افراد در تعامل با یکدیگر و در ارتباط با محیط‌های فیزیکی و اجتماعی آنان، بر سلامت تأثیر می‌گذارند و علاوه بر آن سیاست‌گذاری‌ها و اقداماتی که توسط سیاست‌گذاران انجام می‌شود می‌تواند با اثرگذاری بر عوامل هدف که مربوط به افراد و جوامع آن‌ها می‌شود موجب بهبود سلامت شود. تعاریف جدیدی مانند بیولوژی فردی، محیط اجتماعی، محیط فیزیکی و ... نیز در حوزه سیاست‌گذاری مهم تلقی گردید (نمودار ۱) که در ذیل به برخی از آن‌ها اشاره می‌گردد.

1. Soundness of Body
2. Curative Services
3. Disease Palace
4. Ministry of Sickness
5. Fan shell



بیولوژی فردی عبارت است از ساختار ژنتیکی افراد (کلیه عواملی که اشخاص با آن متولد می‌شوند)، تاریخچه فامیلی (که می‌تواند بیانگر فاکتورهای مخاطره برای بیماری باشد)، مشکلات جسمی و روانی که افراد در طول عمرشان به آن مبتلا می‌شوند. سالمندی، تغذیه، فعالیت فیزیکی، اعتیاد به دخانیات، تنش‌های روانی، سوء مصرف الکل و داروها، حوادث و خشونت یا مواد عفونی و سمی که موجب معلولیت یا بیماری و ایجاد بیولوژی جدیدی برای فرد می‌گردد؛ نیز در این مجموعه جای می‌گیرد.

رفتارها عبارت است از واکنش‌ها یا بروز پاسخ‌های فردی به محرک‌های درونی یا شرایط بیرونی. رفتارها می‌تواند رابطه دو جانبه با بیولوژی فردی داشته باشد به عبارت دیگر در تعامل با هم هستند به طور مثال سیگار کشیدن (رفتار) می‌تواند سلول‌ها را در ریه تغییر داده و موجب تنگی نفس، آمفیزم یا سرطان (بیولوژی) شود که متعاقباً منجر به قطع سیگار می‌شود (رفتار). یا تاریخچه فامیلی فردی که دارای بیماری قلبی است (بیولوژی) ممکن است فرد را وادار کند که رفتارهای غذایی خود را تغییر داده، از کشیدن سیگار اجتناب کند و روش فعال را در زندگی انتخاب کند (رفتارها) که منجر به پیشگیری از پیشرفت بیماری قلبی می‌شود (بیولوژی).

انتخاب‌های افراد و محیط‌های فیزیکی و اجتماعی اطراف آن‌ها رفتارهای افراد را شکل می‌دهند. در محیط فیزیکی و اجتماعی افراد عواملی وجود دارد که بر زندگی آن‌ها نفاً و اثباتاً تأثیرگذار بوده و بسیاری از آن‌ها در کنترل مستقیم افراد نمی‌باشد.

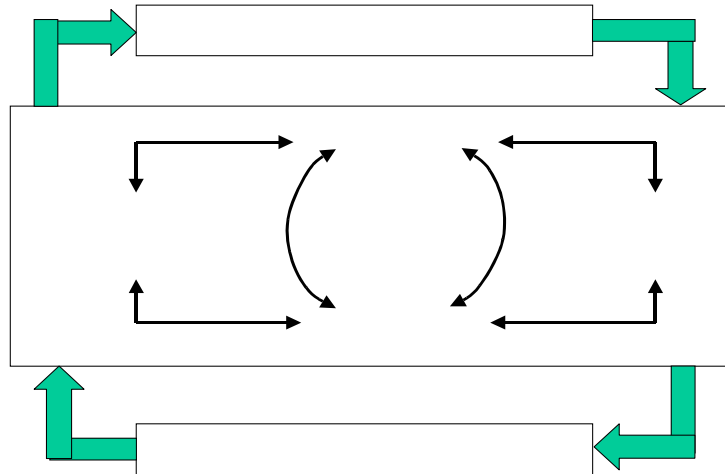
محیط اجتماعی شامل واکنش متقابل بین فامیل، دوستان، همکاران و سایر جوامع است. این امر، مواردی مانند مؤسسات اجتماعی، قوانین موجود در جامعه، محیط کار، مدرسه، حمل و نقل عمومی و... را نیز دربرمی‌گیرد، وجود یا عدم وجود خشونت و قوانین مربوط به اماکن نیز اجزایی از محیط اجتماعی هستند. محیط اجتماعی آثار قابل توجهی بر سلامت فردی و سلامت جوامع بزرگ دارد زیرا افراد در درون جوامع باورهای اعتقادی و مذهبی مشخص، زبان و فرهنگ مشترک دارند. متقابلاً افراد و رفتارهای آن‌ها در کیفیت یک محیط اجتماعی اثرگذار خواهد بود.

محیط فیزیکی همان‌گونه است که حس شده و شنیده می‌شود. این محیط از عناصری مانند اوزون و تشعشعات نیز اثر می‌پذیرد، محیط فیزیکی می‌تواند خطراتی را برای سلامت فردی و اجتماعی داشته باشد خصوصاً زمانی که فرد و اجتماع در معرض مواد سمی مانند آلاینده‌های عفونی، آلرژیک و صدمات فیزیکی در منزل، مدرسه و محل کار قرار می‌گیرند؛ برعکس آن نیز صادق است یعنی با تأمین محیط‌های تمیز، محل کار مناسب و سالم، محل تفریحات مناسب، بر سلامت آثار مثبت بر جای گذاشته می‌شود.

سیاستگذاری‌ها و اقدامات مربوطه به این امر نیز آثار مثبت و بسیار قوی در سلامت انسان‌ها و جوامع دارد. این موارد عبارتند از: برگزاری اردوهای در جهت منع استعمال دخانیات، قوانین مربوط به اجباری بودن کمربند ایمنی برای کودکان در اتومبیل‌ها، خدمات پیشگیری از بیماری‌ها مانند ایمن‌سازی کودکان، بالغین و نوجوانان، خدمات کلینیکی مانند تشدید مراقبت‌های بهداشت روان.

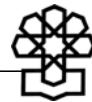


قوانین و سیاستگذاری‌ها می‌تواند از طریق مواردی مانند حمل‌ونقل، آموزش، کار و سایر مبادی یا از طریق کارگاه‌ها، سازمان‌های جامعه‌نگر، گروه‌های شهری و حرفه‌ای، در بهداشت و سلامت افراد و جوامع تأثیرگذار باشد. عوامل تعیین‌کننده سلامتی، رفتار و بیولوژی فردی، محیط فیزیکی و اجتماعی، سیاست‌ها و اقدامات مربوط به آن، دسترسی به مراقبت‌های کیفی، اثر قابل توجهی بر سلامت افراد، جوامع و در نگاه کلی ملت دارد، (نمودار ۲) بنابراین ارزیابی این عوامل بخش مهمی از استراتژی بهبود سلامت خواهد بود و در نتیجه پرداختن به این مقوله‌ها و در نظر گرفتن تعامل بین آن‌ها در سطح ملی کلیدی‌ترین عامل در دستیابی به اهداف برنامه‌های سلامت‌نگر خواهد بود. به عبارت دیگر اگر قرار است سیاست‌های سلامتی تدوین شده و ملاک عمل برای برنامه‌ریزی‌های آینده باشد ضروری است، کلیه عوامل تعیین‌کننده در موضوع سلامتی ملحوظ نظر باشد.



شاید ذکر آنست که در دهه قبل از کنفرانس آلماتا تغییر در تفکر توسعه نیز اتفاق افتاد. در دهه ۵۰ و ۶۰ اقتصاددانان معتقد بودند شاخص موفقیت در توسعه، رشد تولید ناخالص ملی<sup>۱</sup> است و وزرای اقتصاد در برنامه کشورها سعی در پیگیری رویکردهایی داشتند که منجر به افزایش GNP می‌شد. در دهه ۷۰ اقتصاددانان توسعه متوجه شدند که لزوماً افزایش تولید ناخالص ملی منجر به اثرگذاری بر نشانگرهای اجتماعی و توسعه اجتماعی که سلامت و آموزش نیز در آن قرار دارد نمی‌شود (مانند کاهش مرگ و میر شیرخواران، نرخ بی‌سوادی و توزیع درآمدی و ...) و لذا سطح ضعیف سلامت نیروی کار مانعی برای رشد و توسعه تلقی شد و سلامتی به عنوان کالای سرمایه‌ای تلقی گردید و لذا در انتهای دهه ۷۰ استراتژی‌های توسعه در اکثر کشورها به سمت نتایج اجتماعی توسعه معطوف گردید و توزیع ثروت با این نگاه که ثروتمندان دسترسی بیشتری به

1. Gross National Product = GNP



خدمات سلامت دارند تا فقرا، در معرض نقد قرار گرفت به گونه‌ای که برخورداری از سلامت در بیانیه‌های سازمان بین‌المللی کار<sup>۱</sup> حقی همگانی تلقی شد.

. - - -

با نگاه فوق بیانیه آلماتا حداقل در دو سطح از اهمیت برخوردار بود، اولاً بیانگر فلسفه تفکر در خصوص سلامت و خدمات سلامتی بود زیرا نگاه به پنج موضوع زیر داشت:

۱. اهمیت عدالت به عنوان جزئی از سلامت،
  ۲. نیاز به مشارکت اجتماعی در تصمیم‌سازی‌ها،<sup>۲</sup>
  ۳. نیاز به رویکرد بین بخشی در حل مشکلات سلامت،
  ۴. نیاز به اطمینان از سازوکارهای فرهنگی و استفاده از تکنولوژی مناسب،
  ۵. تأکید بر فعالیت‌های ارتقای سلامت.
- دو موضوع عدم تمرکز و درگیر شدن گروه‌های مختلف در موضوع سلامت بعداً به این اصول اضافه شد ولی از ابتدا در روح بیانیه وجود داشت.

ثانیاً بیانیه به مداخلاتی اساسی اشاره نمود و آن‌ها را لیست کرد که عبارت بودند از:

۱. آموزش در خصوص مشکلات سلامت و روش‌های پیشگیری و کنترل آن‌ها،
  ۲. ارتقا در تأمین غذای کافی و تغذیه مناسب،
  ۳. تأمین کافی از آب سالم و محیط بهداشتی شامل دفع صحیح فاضلاب و ...،
  ۴. مراقبت‌های مادر و کودک شامل تنظیم خانواده،
  ۵. ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌های عفونی اصلی،
  ۶. پیشگیری و کنترل بیماری‌های آندمیک محلی،
  ۷. درمان مناسب بیماری‌ها و جراحات شایع در منطقه،
  ۸. تأمین داروهای اساسی.
- از آنجایی که پنج اصل اساسی مراقبت‌های اولیه سلامت کل نظام سلامت و بخش مرتبط با آن را تحت تأثیر قرار داد و به عنوان نقطه عطفی در تغییر تفکر فلسفی سلامت مطرح است به بررسی مختصر آن می‌پردازیم.

(

این عبارت به معنای برابری نیست و در واقع بیانگر عدالت اجتماعی<sup>۴</sup> است. در بخش سلامت این ترم معانی ذیل را داراست:

۱. سلامت برابر،
۲. برابری در دسترسی در مراقبت‌های سلامت،
۳. بهره‌مندی برابر مراقبت‌های سلامت،

---

1. International Labor Office = ILO  
2. Decision Making  
3. Equity  
4. Social Justice



۴. دسترسی برابر به مراقبت‌های سلامت براساس نیاز،

۵. بهره‌مندی برابر از مراقبت‌های سلامت براساس نیاز.

با توجه به اهمیت عدالت اجتماعی در فرضیه عدالت، تعاریف ۴ و ۵ نزدیک‌ترین تعریف به فلسفه PHC است. از بعد دسترسی نیز فقط دسترسی فیزیکی مطرح نیست بلکه معیار بهره‌مندی از مراقبت‌ها نیز موضوعی جدی است زیرا علی‌رغم دسترسی فیزیکی عواملی وجود دارند که مانع از بهره‌مندی می‌شوند. این عوامل عبارتند از:

- هزینه استفاده از خدمات شامل تعرفه و قیمت خدمات، هزینه ایاب و ذهاب به مرکز درمانی و هزینه‌های جنبی مانند دارو و...

- از دست دادن درآمد برای حضور در مرکز درمانی (مثلاً بازبودن درمانگاه، در ساعات فعالیت اشتغال)،

- نگرش کارفرمایان به کارکنان به لحاظ غیبت از محل کار برای حضور در درمانگاه،

- تفکر سنتی دریافت خدمات به هنگام نیاز اضطراری و موانع فرهنگی در دریافت مراقبت‌ها،

- طرز تلقی فراهم‌کنندگان خدمات سلامت از بیماران و بیماری.

به همین دلیل در سال ۱۹۸۱ تعریف عدالت عمودی و افقی توسط «وست»<sup>۱</sup> بیان گردید که بدون

در نظر گرفتن جنس، نژاد، درآمد و گروه اجتماعی است:

۱. عدالت افقی:<sup>۲</sup> به معنی درمان برابر برای نیازهای برابر،

۲. عدالت عمودی:<sup>۳</sup> به معنی درمان نابرابر برای نیازهای نابرابر.

در طراحی خدمات فهم عدالت افقی آسان‌تر است اگرچه دستیابی به آن مشکل است ولی فرضیه عدالت عمودی نیازمند تعریف نیازها، قضاوت‌های ارزشی در چگونگی پاسخ به آن و چگونگی اولویت‌بندی خدمات در برابر نیازهای نسبی است. در مجموع باید گفت ضروری است که در طراحی، اقشار آسیب‌پذیر و مناطق محروم شناسایی شده و طرح‌های مطابق با نیازهای خاص آنان ارائه شود و این اطمینان حاصل شود که صدای فقرا به گوش مسئولین می‌رسد.

(

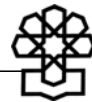
این اصل در موارد ذیل تعبیر می‌شود اگرچه هرکدام آثار متفاوتی در سیستم‌هایی که برای سلامت طراحی می‌شود دارد:

۱. مسئولیت افراد در مقابل سلامت خود: توانمندسازی افراد در ارتباط با حرف پزشکی به گونه‌ای که افراد به اهمیت سبک زندگی<sup>۴</sup> در ارتقای سلامت پی ببرند که این امر وظیفه افراد است تا گروه پزشکی.

۲. درگیر شدن افراد یا جامعه در تصمیمات مربوط به مراقبت‌های سلامت: این امر منجر به پاسخگویی گسترده جامعه می‌شود.

1. West  
2. Horizontal Equity  
3. Vertical Equity  
4. Community participation  
5. Life Style





۳. مشارکت افراد و جوامع در تأمین منابع سلامت: که موجب تولید منابع مازاد برای سلامت می‌شود.

(

در بیش‌تر کشورها مشکلات سلامت ناشی از عوامل مربوط به محیط یا فقر است و با حل آن‌ها مشکلات سلامت حل می‌شود. به طور مثال ترویج تغذیه خوب نقش اساسی در سیاست‌های سلامتی دارد چرا که سوء تغذیه می‌تواند ناشی از فقر یا شرایط نامطلوب و سیاست‌های نابه‌جای کشاورزی باشد یا حوادث ترافیکی مواردی است که در خارج از بخش سلامت شکل می‌گیرد بنابراین در این‌گونه موارد نقش وزارت بهداشت، کاتالیزور و هماهنگ‌کننده فعالیت‌های مرتبط با سلامت است.

(

منظور از تکنولوژی، ترکیبی از کارکنان ماهر همراه با سایر منابع از جمله تجهیزات برای ارائه ترکیبی از خدمات مناسب است (مانند ارائه خدمات ادغام یافته به جای خدمات عمودی). تکنولوژی مناسب به معنی در نظر گرفتن نیازهای سلامت در شرایط اجتماعی اقتصادی کشور است عواملی که در این رابطه باید مدنظر قرار گیرد عبارتند از:

۱. هزینه،

۲. کارایی و اثربخشی در موضوعات سلامت،

۳. قابل قبول بودن رویکرد انتخابی برای جامعه هدف و فراهم کنندگان خدمات سلامت،

۴. آثار وسیع اجتماعی اقتصادی،

۵. پایداری رویکرد.

(

در این رویکرد سلامت با دید اعتباری مثبت نگریده می‌شود و فقط فقدان بیماری نیست. در این رویکرد با درگیر کردن سایر بخش‌ها، بسیاری از مشکلات سلامت حل می‌شود، ولی از اهمیت اقدامات درمانی کاسته نمی‌شود. رویکردهای مطرح در این اصل عبارتند از:

مدل‌های مختلف عدم تمرکز عبارتند از:

۱. واگذاری<sup>۱</sup>: در این روش اختیارات از دولت مرکزی به وزارت بهداشت و از آن به دولت

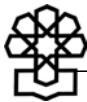
محلی خارج از وزارت بهداشت ولی در درون حاکمیت منتقل می‌شود.

۲. تراکم زدایی عملیاتی<sup>۲</sup>: اختیارات از وزارت بهداشت به واحدهای زیرمجموعه محلی منتقل

می‌شود (مستقیماً).

---

1. Health Promotion & Prevention  
2. Decentralization  
3. Devolution  
4. Integrated deconcentration



۳. تراکم زدایی ادغام یافته<sup>۱</sup> اختیارات از وزارت بهداشت به واحدهای زیرمجموعه محلی انتقال می‌یابد (غیرمستقیم از یکی از واحدهای ستادی).

۴. نمایندگی<sup>۲</sup> در این روش اختیارات به خارج از وزارت بهداشت حتی بخش غیردولتی و خصوصی منتقل می‌شود.

مزایای عدم تمرکز عبارتند از:

۱. نزدیک کردن تصمیم‌سازی به جوامع خدمت گیرنده به عنوان اصل مشارکت اجتماعی،
  ۲. نزدیک کردن تصمیم‌سازی به سطح میدانی فراهم کنندگان خدمات و ایجاد درآمد بیشتر،
  ۳. احتمال بیشتر و بالقوه در همکاری‌های بین بخشی و بین نمایندگی‌ها در سطوح پائین‌تر،
  ۴. تقویت توانایی در ایجاد منابع جدید،
  ۵. افزایش کارآمدی بیشتر در تأمین خدمات.
- معایب عمده عدم تمرکز عبارت است از:

۱. احتمال بروز نابرابری بین مناطق مختلف که با سازوکارهای تأمین منابع محلی تشدید نیز می‌شود،

۲. ایجاد سطوح مختلفی از استانداردهای فنی و کارشناسی بین مناطق مختلف،

۳. عدم توفیق به لحاظ فقدان کارکنان آموزش دیده در موضوع تأمین مالی در مناطق مختلف.

مراقبت‌های اولیه سلامت موجب شناسایی بیش‌تر نقش سایر کارگزاری‌ها مانند مؤسسات غیردولتی و خصوصی، طب صنعتی و طب سنتی شده و موجب کارایی بیش‌تر منابع محدود در بخش سلامت می‌شود.

. - - -

علی‌رغم تمامی محسنات، اگرچه استراتژی PHC رویکردی با سیاست‌های مشخص بود؛ ولی برخی از کشورها علی‌رغم گذشت سالیان طولانی نتوانستند در سیستم‌های برنامه‌ریزی خود از آن بهره ببرند. موانعی که بر سر راه استقرار این سیستم وجود داشت عبارت بودند از:

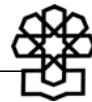
### PHC

در برخی کشورها تأکید زیادی بر کارکنان بهداشتی PHC شد و سایر کارکنان به فراموشی سپرده شدند و برخی دیگر در موضوع مشارکت اجتماعی به جای توانمندسازی جامعه، تأکید بر تأمین منابع از جامعه داشتند.

در مقابل تفکر مراقبت‌های اولیه سلامتی جامع<sup>۴</sup> جایگزینی با عنوان مراقبت‌های اولیه سلامتی

---

1. Integrated deconcentration  
2. Delegation  
3. Multiagency Collaboration  
4. Comprehensive PHC



انتخابی<sup>۱</sup> مطرح گردید که در آن اولویت مداخله برای برخی از بیماری‌هایی که به طریق ویژگی‌های متمرکز انتخاب می‌شد قرار گرفت همین امر منجر به ایجاد سیستم‌های عمودی شد که خود مخالف اصول اولیه PHC بود و مشارکت جامعه را در تعیین اولویت‌ها به حداقل رساند اگرچه امروزه بانک جهانی طرفدار ویرایش جدیدی از این استراتژی انتخابی تحت عنوان بسته اساسی از مراقبت‌هاست.<sup>۲</sup>

مهم‌ترین مشکل، مقاومت گروه‌های مختلف بود زیرا برخی گروه‌های پزشکی احساس می‌کردند قدرت آن‌ها در هم شکسته می‌شود، برخی انگیزه‌های بازرگانی مانند صنایع دارویی مواجهه با از دست رفتن بالقوه بازارهای دارو می‌شدند و مهم‌ترین مقاومت‌های صورت گرفته، مقاومت‌های سیاسی بودند زیرا احساس می‌شد با مطرح شدن موضوعاتی مانند عدالت اجتماعی، برابری، مشارکت و توانمندسازی، ساختارهای موجود قدرت سیاسی در معرض مخاطره قرار خواهند گرفت.

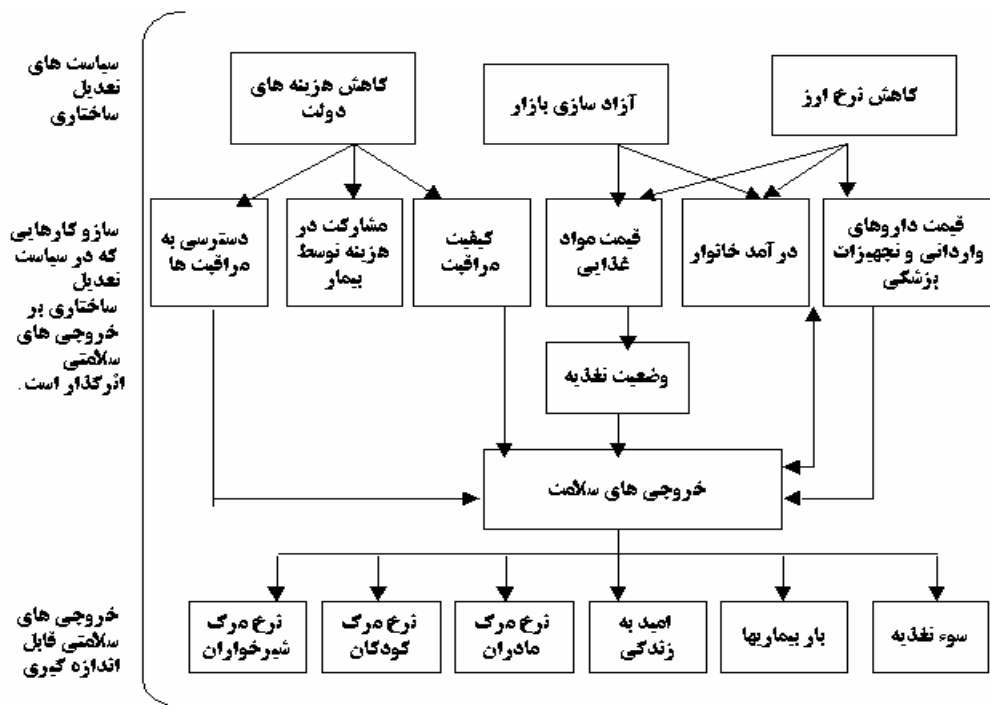
فقدان زیرساخت‌های برنامه‌ریزی در مناطق در برخی از کشورها و مدیریت متمرکز موجود در اجرای سیاست عدم تمرکز موجب بروز مشکل می‌شد.

- - -

در اوایل دهه ۹۰ سیاستی جهانی مشابه با مراقبت‌های اولیه سلامتی پدیدار شد. در بسیاری از کشورها پاسخگویی ناکافی در برابر چالش‌های سلامت، علی‌رغم گرایش به PHC، وجود داشت. بخش سلامت در این کشورها متمرکز، خنثی، ناکارآمد و غیرمؤثر بود و بخش عمومی مهم‌ترین تولیدکننده خدمات سلامت بود که مجبور بود با توجه به رکود اقتصادی ناشی از برنامه‌های تعدیل ساختاری، مصارف عمومی را کاهش دهد. سیاست‌های تعدیل ساختاری<sup>۳</sup> و چارچوب تئوریک آن در نمودار ۳ به نمایش گذاشته شده است.

---

1. Selective PHC  
2. Basic Package of Care  
3. Health Sector Reform  
4. Structural adjustment policies

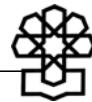


در این نمودار چنانچه کشوری با کمبود بودجه مواجه باشد و مجبور به کاهش مصارف دولت شود و این امر بر زیرساخت های سلامت و مصارف آن اثر بگذارد، منجر به تغییر در خروجی های سلامت و بخش سلامتی خواهد شد. آزاد شدن بازار بر یارانه های غذایی و قیمت مواد غذایی اثر گذاشته و همچنین موجب تغییر و اثرگذاری بر درآمد خانواده شده و بنابراین توان افراد را برای هزینه در خدمات سلامتی محدود خواهد کرد. کاهش نرخ ارز موجب اثر بر قیمت کالاهای وارداتی و دارو و تجهیزات شده، صادرات را تسهیل کرده و توان خانوار را، با توجه به افزایش درآمد؛ برای مصارف سلامتی بیشتر خواهد کرد. اگرچه این مکانیسم ها کاملاً به همدیگر مرتبط بوده ولی اثرگذاری متفاوتی بر بخش سلامت دارند.

همانند موضوع PHC اصول قابل قبول اصلاحات بخش سلامت (HSR) برای اولین بار در گزارش توسعه جهانی<sup>۱</sup> اعلام گردید این گزارش در سال ۱۹۹۳ میلادی منتشر گردید. در آن سالها در مباحث مطرح بین صاحب نظران، نگرانی از پدیده جهانی سازی مطرح بود. اما با استقرار اصلاحات HSR در برخی از کشورها درک بیشتری از آن صورت گرفت و مشخص شد که یک مدل واحد برای آن وجود ندارد و هر کشوری با توجه به زمینه های مختلف بخش سلامت خود نگاه های متفاوتی دارد ولی اصول مشترک در بیشتر برنامه های اصلاحات HSR عبارتند از:

(

اگر چه فعالیت های بخش سلامت در چهار موضوع تنظیم سیاست ها، تأمین مراقبت های سلامت،



تأمین منابع مالی و تدوین مقررات تقسیم‌بندی می‌شود و در بیش‌تر کشورها بخش عمومی عمده‌ترین عنصر فعال در بخش سلامت است؛ ولی فرضیه اصلاحات HSR در برخی از کشورها موجب جدایی خریدار از فراهم‌کننده خدمت<sup>۱</sup> گردید. به طور مثال این امر در اصلاحات نظام ملی سلامت انگلیس<sup>۲</sup> به وقوع پیوست که موجب تشدید رقابت بین فراهم‌کنندگان خدمات شد و موقعیتی را فراهم آورد تا مسئولین سلامت به جای مدیریت تأمین مراقبت‌های سلامت، برنامه‌ریزی استراتژیک برای این بخش انجام دهند.

(

ابتکار اصلاحات HSR موجب ارتقای نقش سازمان‌های خارج از بخش عمومی در مراقبت‌های سلامت گردید. زیرا تفکر بر این است که سازمان‌های غیردولتی غیرانتفاعی و بخش خصوصی کارآمدتر از بخش عمومی عمل می‌کنند و این موضوع نیز یکی از پیامدهای سیاست‌های تعدیل ساختاری بود ولی در عمل مستندی برای اثبات آن وجود ندارد ولی به هر حال اصلاحات HSR موجب کاهش سائز بخش عمومی در عرضه خدمات سلامت گردید.

(

این تفکر وجود دارد که رقابت موجب افزایش کارایی می‌گردد. و لذا بازشدن عرصه سلامت به بخش خصوصی در یک قلمرو جمعیتی خاص و بازشدن رقابت در عقد قرارداد برای ارائه مراقبت‌های سلامت موجب ایجاد بازارهای داخلی یا شبه بازار در بخش عمومی گردید. یکی از روش‌های آن بروز سازوکارهای پرداخت مبتنی بر عملکرد بود اگرچه از نکات منفی آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. رقابت نیازمند وجود سازمان‌های رقیبی است که با هم رقابت نمایند<sup>۳</sup> که معمولاً در بازار بهداشت درمان کمتر صادق است،
۲. رقابت موجب افزایش هزینه‌های بالای ایجاد ارتباط<sup>۴</sup> از طریق برگزاری مناقصه، ترتیبات قانونی برای عقد قرارداد و ... می‌شود.
۳. ممکن است موجب شیفت سازمان‌ها از اهداف درازمدت سلامتی به اهداف کوتاه‌مدت تولیدکننده درآمد شود.

(

که مشابه سیاست‌های عدم تمرکز در مقوله مراقبت‌های اولیه سلامتی PHC است.

(

محدودیت منابع در بخش سلامت نیاز به اولویت‌بندی شفاف را در این بخش ضروری می‌سازد در

---

1. Purchaser- Provider Split
2. National Health System = NHS
3. Non-State
4. Contestability
5. Transaction Cost
6. Decentralization
7. Clinical Package, EMB, Explicit Prioritization



گزارش ۱۹۹۳ یکی از ابزارهای مهم تنظیم اولویت، استفاده از شاخص‌هایی است که اثر مداخلات را سنجیده و در جهت کاهش بار بیماری‌ها مطرح می‌شود مانند<sup>۱</sup> DALY. لذا سنجش اثربخشی مداخلات مختلف همراه با هزینه آن‌ها موجب بروز طب مستند محور<sup>۲</sup> و تکنیک‌های محاسبات اقتصادی شد.

(

وجود برنامه‌های عمودی برای کنترل بیماری سل،<sup>۳</sup> ایدز و ... در برخی کشورها موجب ایجاد تشکیلات موازی، رقابت برای تأمین منابع، فقدان کنترل محلی می‌شد. اگرچه دارای مزایایی مانند جذب منابع خاص، دارا بودن پرسنل ماهر و تخصصی و اهداف مشخص برنامه‌ای بود ولی گرایش به عدم تمرکز موجب ادغام این برنامه و افزایش کارآمدی گردید.

(

همیشه این انتقاد بر بخش سلامت وجود دارد که بیش‌تر به نیازهای کارکنان سلامت پاسخ می‌دهد تا استفاده‌کنندگان از این خدمات و لذا استفاده از سازوکارهایی مانند مشارکت در هزینه موجب تقویت توجه به مصرف‌کننده، جلب مشارکت آنان از طریق سیاست‌های عدم تمرکز و عضویت در هیأت مدیره مراکز درمانی شد.

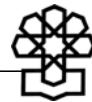
(

محدودیت منابع تلاش برای ایجاد منابع اضافی را مطرح نمود که از آن جمله مشارکت بیماران در هزینه،<sup>۴</sup> تأمین منابع از جامعه<sup>۵</sup> و طرح‌های بیمه اجتماعی<sup>۶</sup> است. در جریان اصلاحات سیستم سلامت، توجه به موضوع تأمین منابع به لحاظ ارائه خدمات و تأمین سلامت برای جامعه در صدر سیاست‌ها قرار می‌گیرد و پایداری منابع از اهمیت زیادی برخوردار است به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت در پنجاه و هشتمین نشست مجمع جهانی سلامت<sup>۷</sup> در سال جاری (may 2005) سیاست تأمین پایدار منابع را از طریق پوشش همگانی با استفاده از بیمه اجتماعی سلامت به تصویب رساند. بر همین مبنا سیاست‌های ذیل طراحی و اعلام گردید:

۱. سیاستگذاران در بیش‌تر مناطق جهان (اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه) مرتباً چگونگی تأمین منابع سیستم‌های سلامت را بازنگری می‌کنند که چگونه منابع جمع‌آوری می‌شود و چگونه در توزیع ریسک استفاده می‌شود، چه خدماتی خریداری شده یا فراهم می‌شود و به فراهم‌کنندگان چگونه پرداخت می‌شود. اگرچه اهداف متفاوت است ولی علایق مشترکی برای جمع‌آوری منابع

---

1. Disability Adjusted Life Years  
2. Evidence Based Medicine = EMB  
3. Integration of Vertical Program  
4. Tuberculosis  
5. Orientation to Users  
6. User Charge  
7. Community Financing  
8. Social Insurance  
9. World Health Assembly



کافی برای سلامت وجود دارد به گونه‌ای که کارایی را بهبود بخشیده، هزینه را کاهش داده و ریسک مالی را در دریافت مراقبت‌ها کاهش دهد و این تضمین را ایجاد کند که هزینه مراقبت‌ها مانع از دسترسی مردم به خدمات مورد نیاز نخواهند بود.

۲. پوشش همگانی عبارت است از دسترسی به مداخلات کلیدی سلامت، ارتقای سلامت پیشگیرانه، خدمات درمانی و بازتوانی برای همگان با هزینه منطقی و قابل قبول<sup>۱</sup> و از این طریق عدالت در دسترسی<sup>۲</sup> را به ارمغان می‌آورد. اصل حفاظت در مقابل ریسک مالی تضمین می‌دهد که هزینه مراقبت‌ها، افراد را در معرض مخاطره هزینه‌های کمرشکن مالی<sup>۳</sup> قرار نمی‌دهد. یکی از اهداف مرتبط با سیاست تأمین مالی برای سلامت، عدالت مالی است<sup>۴</sup> به این معنی که خانوارها براساس توانایی پرداخت خود در سیستم سلامت مشارکت می‌کنند. پوشش همگانی همراستا با فرضیه «سلامت برای همه» و «مراقبت‌های اولیه سلامتی» است (PHC).

۳. به حقیقت پیوستن پوشش همگانی بستگی به سازوکارهای سازمانی دارد که آن را از طریق جمع‌آوری مشارکت‌های مالی به صورتی کارآمد و عادلانه از منابع مختلف برای سیستم سلامت جمع‌آوری کرده و به گونه‌ای عمل می‌کند که پرداخت برای خدمات سلامت توسط آحاد جامعه صورت گیرد و از این منابع مداخلات مؤثر سلامتی خریداری یا تأمین می‌شود.

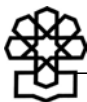
۴. مشارکت مالی در بیش‌تر کشورها از محل درآمد خانوار و کسب کار تأمین شده و گاه‌ا از محل کمک‌های خارجی تأمین می‌شود و معمولاً شرط ارائه این کمک‌ها هدایت منابع در مسیر توسعه سیستم‌های پایدار تأمین مالی و حرکت به سوی پوشش همگانی است.

۵. نقطه کلیدی موفقیت در دستیابی به پوشش همگانی این است که بخشی از مشارکت‌های مالی خانوار به صورت پیش پرداخت جمع‌آوری شود. تأمین منابع از این طریق متکی به منابع اجباری به صورت کسورات مالیاتی یا مشارکت دستمزدی یا مشارکت‌های بیمه‌ای اجباری است و به همین دلیل است که پوشش همگانی را نمی‌توان از مشارکت داوطلبانه تأمین کرد.

۶. گزینه‌های ایجاد پوشش همگانی از طریق دو استراتژی قابل دستیابی است که اولی منابع عمومی مالیاتی است<sup>۵</sup> و دومی ایجاد بیمه اجتماعی سلامت می‌باشد<sup>۶</sup> که طی آن مشارکت در سلامت از کارگران، خویش‌فرمایان و کارگاه‌ها و دولت اخذ می‌شود و در یک یا چند صندوق بیمه‌ای اجتماعی سلامت تجمیع می‌شود. در روش اول کلیه شهروندان در پوشش قرار گرفته و پوشش همگانی به طور خودکار برقرار می‌شود. در نوع دوم ارتباط پوشش با پرداخت سهم مشارکت است و پوشش همگانی زمانی فراهم می‌شود که سهم مشارکت کلیه آحاد پرداخت می‌شود به همین دلیل است که در بیمه‌های اجتماعی منابع مختلفی تأمین مالی را انجام می‌دهند به گونه‌ای که دولت سهم اقتضای را که توانایی پرداخت ندارند به عهده می‌گیرد و بیمه اجتماعی سلامت به طرق مختلف از

---

1. Affordable  
2. Equity in Access  
3. Financial Catastrophe  
4. Equity in Financing  
5. Tax Funded Health Financing  
6. Social Health Insurance



یک صندوق واحد دولتی تا صندوق‌های متعدد غیر دولتی مدیریت می‌شود.

۷. در بخشی از کشورها مخلوطی از دو رویکرد وجود دارد بخشی از جمعیت از طریق مالیات عمومی، گروه‌های جمعیتی خاص از طریق مشارکت اجباری یا سایر روش‌های بیمه سلامت در پوشش قرار می‌گیرند.

۸. هیچ سیستم سلامتی قادر به تأمین کامل هزینه‌های خدمات سلامتی خارج از صندوق‌های پیش پرداخت و تجمیع شده از طریق مالیات یا مشارکت دستمزدی نمی‌باشد و اکثراً نیازمند استقرار نظام مشارکت در هزینه هستند و باید به گونه‌ای طراحی شوند که پرداخت از جیب مردم<sup>۱</sup> در زمان دریافت خدمت آنقدر زیاد نباشد که مانع از دسترسی شده و توانایی پوشش مخاطرات مالی ناشی از بیماری را برای افراد ننماید. برآورد می‌شود ۱۷۸ میلیون نفر سالانه در جهان دچار هزینه‌های اسفبار سلامت می‌شوند و ۱۰۴ میلیون نفر آنان به ورطه فقر می‌افتند (WHO نوامبر ۲۰۰۴).

۹. این واقعیت که دولت‌ها نقش راهبردی در ایجاد صندوق‌های تجمیع منابع و ریسک برای تأمین پوشش همگانی دارند به مفهوم ارائه خدمات سلامت توسط آنان نیست و ضرورت دارد صرف‌نظر از نوع ارائه خدمات، دولتی یا خصوصی، غیردولتی و ... خرید به صورت فعال صورت گیرد تا غیرفعال. حکومت بایستی اطمینان حاصل کند که فراهم‌کنندگان خدمات در جایگاهی قرار می‌گیرند که خدمات مورد نیاز جامعه را با بالاترین حد از کیفیت ارائه نمایند.

۱۰. سیستم‌های تأمین مالی سلامت در طول چند سال پوشش همگانی را تأمین می‌کنند و بنابراین گروه‌های مختلف جمعیتی از طریق سازوکارهای متفاوتی تحت پوشش قرار می‌گیرند در دوره گذار باید شرایط به گونه‌ای فراهم شود که بخش‌های مجزا به هم نزدیک‌تر شده و پوشش همگانی ایجاد گردد.

۱۱. از آنجایی که دوره گذار طولانی بوده و گاهاً چند دهه ادامه دارد عوامل متعددی سرعت این گذار را تعیین می‌کنند که عبارتند از: میزان ارزش و مقبولیتی که فرضیه همبستگی اجتماعی در جامعه دارد. اثربخشی تولید حکومت و اعتماد مردم به دولت و مؤسسات وابسته به آن، مهم‌ترین عامل بازدارنده توانایی دولت در چگونگی به حرکت درآوردن منابع مالیاتی یا مشارکت‌های بیمه‌ای است. اقتصادهای با رشد بالا موجب تقویت توانایی مردم در مشارکت در طرح‌های تأمین منابع سلامت می‌شود و اگر افزایش رشد به رشد بخش رسمی منجر شود، جمع‌آوری مشارکت از خانوارها راحت‌تر می‌گردد و لازمه آن دارا بودن کارکنان اجرایی ماهر است که بتوانند استقرار سیستم را در سطح ملی هدایت نمایند.

۱۲. هیچ روش یکسان قابل توصیه و ایدئال برای تمامی کشورها وجود ندارد از ۳۰ عضو گروه کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه<sup>۲</sup> ده عضو منابع را از مشارکت‌های دستمزدی و از طریق صندوق‌های بیمه اجتماعی سلامت، دوازده عضو از طریق سیستم مالیاتی و سه عضو به روش مختلط تأمین منابع می‌کنند. به طور تقریبی در کلیه کشورها مشارکت‌های جمعیتی محل اتکای اصلی است و دولت سهم اقتشار اجتماعی خاص را پرداخت می‌کند. در این

1. Out Of Pocket

2. Organization for Economic Cooperation & Development = OECD





کشورها مشارکت در هزینه بعضی خدمات وجود دارد و از دید اثر بر نتایج سلامت،<sup>۱</sup> پاسخگویی به بیماران،<sup>۲</sup> و کارایی<sup>۳</sup> در سیستم‌های فوق تفاوت چندانی با همدیگر وجود ندارد.

۱۳. از آنجایی که اثر سیستم‌های تأمین مالی سلامت در چگونگی تولید این منابع و نحوه جمع‌آوری آن و سپس خریداری و تأمین خدمات سلامت نهفته است؛ ضرورت دارد سازوکار لازم برای سازمان‌هایی که این وظیفه را به عهده دارند فراهم گردد تا در جهت دستیابی به هدف پوشش همگانی انگیزه لازم برای جمع‌آوری کافی از منابع، ترتیبات مناسب برای جمع‌آوری و خرید خدمات به وجود آید.

۱۴. از آنجایی که محدودیت‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی در دوره گذار تأمین منابع سلامت به سمت پوشش همگانی وجود دارد نکات ذیل حائز اهمیت است:

- نقش حیاتی در زمینه<sup>۴</sup> سازمانی و توجه به نهادهای موجود فعال در کشور نهفته است،  
- ضرورت تولید حکومت و تمایل قوی سیاسی برای ایجاد و اصلاح در نظام تأمین مالی سلامت،

- وضعیت اقتصادی جامعه هم از نظر رشد کلی و هم میزان رسمی بودن اشتغال که امکان ایجاد صندوق‌های اجباری را در راستای پوشش همگانی فراهم آورد،

- دارا بودن نیروی انسانی کافی و ماهر اجرایی در جهت انجام فعالیت‌های تأمین مالی.

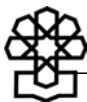
۱۵. نهایتاً تصمیم یک کشور در تغییر سیستم تأمین مالی سلامت باید با اتخاذ سیاست‌هایی در جمع‌آوری، جمع‌آوری، خرید و ایجاد سازمان‌های مرتبط در دستیابی به پوشش همگانی صورت پذیرد که می‌باید در راستای ارزش‌های اجتماعی و اهداف جمعی نظام کشور باشد و لذا روش‌های پیش پرداخت و جمع‌آوری منابع و ریسک، اصول اساسی حفاظت مالی آحاد جامعه است و لذا ارائه و خرید یک خدمت از محل منابع جمع‌آوری نیازمند توجهی دقیق و جدی به نیازهای جامعه با نگاه عدالت‌گرایانه است.

در این راستا نقش راهبردی دولت در ایجاد اصلاح نظام تأمین مالی سلامت در دستیابی به پوشش همگانی از ضروریات است.

سیاست‌های مربوط به پوشش همگانی عبارتند از:

۱. سیستم‌های تأمین مالی سلامت باید از روش پیش پرداخت مشارکت‌های مالی برای مراقبت‌های سلامتی بهره برده و ریسک بیماری را در بین جمعیت به گونه‌ای توزیع نمایند که از ایجاد هزینه‌های اسفبار مراقبت‌های سلامت و فقیر شدن افراد به هنگام بروز بیماری و درمان آن پرهیز شود.

۲. زیرساخت‌های مراقبت‌های سلامت کیفی و منابع انسانی برای سلامت باید به گونه‌ای کافی و عادلانه توزیع شود به طوری که بیمه‌شدگان، خدمات سلامتی عادلانه و کیفی را براساس بسته



تعریف شده خدمات دریافت دارند.

۳. منابع خارجی و اهدایی سازمان‌های بین‌المللی برای برنامه‌های ویژه سلامتی و فعالیت‌های مرتبط با آن باید به گونه‌ای سازماندهی و مدیریت شوند که منجر به توسعه سازوکارهای تأمین منابع مالی پایدار در کل نظام سلامت کشور شود.

۴. ارائه طرحی برای دوره گذار پوشش همگانی کلیه شهروندان، به گونه‌ای که به نیازهای جمعیت تحت پوشش پاسخ داده و کیفیت مراقبت‌ها را بهبود ببخشد و موجب کاهش فقر، دستیابی به اهداف توسعه بین‌المللی از جمله بیانیه اهداف توسعه هزاره سازمان ملل و سلامت برای همه شود.

۵. در مدیریت دوره گذار، هر گزینه باید با لحاظ زمینه‌های اجتماعی فرهنگی، اقتصاد کلان و سیاسی کشور توصیه گردد.

۶. فرصت‌های موجود برای همکاری بین فراهم‌کنندگان دولتی و خصوصی و سازمان‌های تأمین‌کننده منابع سلامتی باید تحت تولیت کلی حکومت صورت پذیرد.

۷. به منظور تبادل تجربیات بین سازمان‌ها، روش‌های مختلف تأمین منابع سلامت شامل توسعه طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت، طرح‌های خصوصی و عمومی و ترکیبی از آن‌ها با سازوکارهای نهادی ترکیب شود به گونه‌ای که فعالیت‌های اصلی سیستم تأمین مالی سلامت را نشان دهد.



به منظور تدوین سیاست ملی سلامت برای ایران، نگاه به تجربه سایر کشورها، به خصوص کشورهای پیشرفته‌ای که تجارب ارزنده‌ای در این راستا دارند، کمک کننده خواهد بود. اگر چه شرایط اجتماعی اقتصادی کشورهای در حال توسعه‌ای همانند ایران قابل مقایسه با کشورهای پیشرفته‌ای مانند آمریکا و انگلستان و کشورهای OECD نمی‌باشد و تقلید و کپی‌برداری از الگوی در حال اجرا و اجرا شده به هیچ وجه قابل قبول نیست ولی توصیه سازمان‌های بین‌المللی این است که از تجارب این‌گونه کشورها درس‌هایی را می‌توان آموخت که قابلیت اثرگذاری بر تدوین سیاست‌های سلامت در کشور ما را داراست. به همین منظور تجربه دو کشور انگلستان و آمریکا در دهه گذشته - که هم اکنون در حال اجراست - به طور خلاصه ذکر می‌شود.<sup>۱</sup>

- .

۱. تأمین خدمات همگانی براساس نیاز کلینیکی نه توانایی پرداخت (مراقبت‌های سلامت به عنوان حق اساسی بشری).
۲. تأمین طیف جامعی از خدمات: (شامل خدمات اولیه، مراقبت‌های سلامتی جامعه محور، مراقبت‌های میانی و بیمارستانی) با نگاه هزینه اثربخشی و خدمات اطلاع رسانی مربوط به ارتقای سلامت.
۳. بازنگری در خدمات سلامت براساس نیاز و ترجیحات بیماران، خانواده و مراقبین آنان.
۴. پاسخگویی به نیازهای مختلف در جمعیت‌های مختلف در راستای کاهش تفاوت‌های غیرمعقول و ارتقای استانداردهای خدمات.
۵. تلاش در جهت بهبود مستمر کیفیت خدمات و کاهش خطاهای پزشکی در راستای بهبود کارایی، بهره‌وری و عملکرد نظام سلامت.
۶. پشتیبانی و ارزشگذاری به کارکنان سلامت، از طریق تأمین فرصت برای ارتقای شغلی، تشویق آموزش، توسعه مهارت کارکنان.
۷. منابع عمومی انحصاراً در اختیار بیماران NHS خواهد بود و این منابع برای برقراری یارانه در خدمات سلامت خصوصی مصرف نخواهد شد.
۸. همکاری با سایر ذی‌نفعان در جهت تضمین خدمات راحت و سریع برای بیماران از طریق مشارکت و همفکری با بیماران، خانواده و مراقبین آن‌ها، همکاری بین بخش‌های سلامت و اجتماعی،

1. لازم به ذکر است سیاست سلامت کشورهایی مانند اندونزی، مالزی، کره و چند کشور دیگر با استفاده از الگوی کشورهای آمریکا و انگلستان و تغییرات به مقتضی شرایط اجتماعی، فرهنگی سیاسی تنظیم شده است به همین علت از بازگویی آن‌ها در این گزارش خودداری شده است.



سازمان‌های دولتی مختلف، بخش عمومی، سازمان‌های داوطلبانه و کلیه فراهم‌کنندگان خصوصی که خدمات را در اختیار بیماران NHS قرار می‌دهند.

۹. تلاش در جهت حفظ سلامت و کاهش نابرابری‌های سلامتی از طریق کوشش در پیشگیری از بیماری و درمان عوارض سلامتی با این نگاه که سلامت بستگی تام به عوامل اجتماعی، محیطی و اقتصادی مانند آموزش، مسکن، تغذیه و فقر دارد.

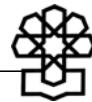
۱۰. احترام به حفظ اسرار بیماران و دسترسی آزاد آنان به اطلاعات مربوط به خدمات، درمان و عملکرد با نگاه برخوردار شدن مردم از علوم و تکنولوژی جدید براساس علایق جامعه و براساس نیاز افراد نه توانایی مالی آنان.

اهداف فوق به تصویب و تأیید کالج سلطنتی پزشکان لندن، کالج سلطنتی پرستاری، کالج سلطنتی جراحان، وزیر سلامت، کالج سلطنتی پزشکان عمومی، کالج سلطنتی ماماها، اتحادیه پزشکان بریتانیا، اتحادیه مدیران پزشکی بریتانیا، کنفدراسیون NHS، اتحادیه حکومت‌های ملی، انجمن آلزایمر، اتحادیه ملی مراقبت‌های اولیه، مرکز سرطان پستان، بنیادهای سلطنتی، اتحادیه ملی مراقبین، دانشکده طب عمومی و سلامت، مرکز کم‌کهای LTC، انجمن دیابت، طب سالمندی، اتحادیه ملی قلب، انجمن سرطان و ... رسیده است. در طرح‌های ملی از نظرات صنف، ستاد، گروه‌های حرفه‌ای و بیماران استفاده شده و NHS plan طراحی شده است.

دگرذیسی در سیستم مراقبت‌های سلامت اجتماعی به گونه‌ای که خدمات سریع‌تر و مناسب‌تر را به منظور ارائه سلامت بهتر فراهم کرده و نابرابری‌های (بی‌عدالتی) سلامت را پشت سر بگذارد.

کاهش نرخ مرگ و میر ناشی از کشنده‌های اصلی تا سال ۲۰۱۰ از بیماری‌های قلبی تا حداقل ۴۰ درصد از افراد ۷۵ سال و بالاتر، از سرطان تا حداقل ۲۰ درصد ۷۵ سال به بالا و از خودکشی و حوادث غیرقابل پیش‌بینی تا حداقل ۲۰٪، موضوع کلیدی برای دستیابی به این مقصد استقرار چارچوب خدمات ملی برای بیماری‌های عروق کرونر و سلامت روانی و طرح ملی سرطان.

هدف از این برنامه کاهش شکاف سلامتی در کودکان و در طول زندگی در بین گروه‌های اجتماعی اقتصادی مختلف و بین مناطق محروم و سایر نقاط کشور است که اهداف دیگر آن بعداً اعلام خواهد شد.



## NHS

بیماران درمان لازم را در زمانی که مناسب با نیاز کلینیکی آنان باشد دریافت خواهند کرد به گونه‌ای که ۲/۳ از مراقبت‌های سرپایی و بستری‌های انتخابی تا چهار سال بعد از قبل تعیین شده بود و تا پنج سال بعد به ۱۰۰ درصد خواهد رسید. کاهش زمان انتظار برای نوبت سرپایی به ۳ ماه و رساندن حداکثر زمان انتظار برای بستری انتخابی به ۶ ماه تا پنج سال بعد. به منظور تضمین بهبود سالانه و رضایت‌مندی بیماران، شامل استانداردهای ممیزی و غذا در بیمارستان‌ها این موارد توسط گروه‌های مستقل ممیزی محلی اندازه‌گیری خواهد شد.

تأمین مراقبت‌های کیفی قبل از بستری و بازتوانی برای سالمندان به منظور کمک به استقلال آنان از طریق کاهش بستری شدن‌های قابل پیشگیری و تضمین کاهش سالانه آن‌ها در ترخیص دیررس بیمارستان‌ها برای سالمندان بالاتر از ۷۵ سال. انتظار می‌رود ۱۳۰۰۰۰ بیمار از آن بهره برده و پایش پیشرفت از طریق چارچوب ارزیابی عملکرد صورت خواهد گرفت.

- بهبود سطح آموزش، مهارت آموزی و نتایج اشتغال برای کلیه افراد زیر ۱۹ سال به گونه‌ای که این رقم از ۷۵٪ به تمامی افراد جوان (۱۰۰٪) در یک منطقه طی یک برنامه چهارساله برسد. بهبود دسترسی آموزشی کودکان و جوانانی که تحت مراقبت هستند از ۶ درصد به ۱۵٪ طی یک برنامه شش‌ساله.

- فراهم نمودن مراقبت و راهنمایی مورد نیاز برای کاهش شکاف بین کودکان طی برنامه شش‌ساله.

- به حداکثر رساندن مشارکت مردم در مراقبت از کودکان بی‌سرپرست به گونه‌ای که خانواده دائمی پیدا کنند. چگونگی اجرای برنامه توسط نخست وزیر اعلام خواهد گردید.

- افزایش مشارکت معتادین مسأله‌دار در برنامه‌های ترک اعتیاد به ۵۵ درصد طی برنامه شش‌ساله و ۱۰۰ درصد در ۱۰ سال.

تضمین دسترسی به مراقبت‌های اولیه حرفه‌ای طی ۲۴ ساعت و پزشک مراقب اولیه ۴۸ ساعت طی یک برنامه شش‌ساله.

هزینه مراقبت‌هایی که توسط دولت‌ها ارائه می‌شود و با شاخص‌های دسترسی مناسب، کیفیت و پاسخگویی عملکرد مناسبی دارند معیاری برای NHS خواهد بود. در طی برنامه پنج‌ساله تلاش خواهد شد کلیه آحاد به سطح بهتری در این مقوله برسند.



( ) . -

این برنامه مبتنی بر دانش، با بنیان اجماع عمومی، به گونه‌ای طراحی شده است که بتواند پیشرفت را اندازه‌گیری کند.

دستیابی به دو هدف عمده مد نظر است:

- افزایش کیفیت و سال‌های عمر سالم: در این بخش نه تنها طول عمر افزایش خواهد یافت بلکه کیفیت آن نیز بهبود می‌یابد.

- حذف هرگونه تبعیض در سلامتی: در این ارتباط تبعیض جنسیتی، ملیتی و نژادی، سطح درآمد و آموزش، معلولیت و منطقه جغرافیایی و نگرش به روابط جنسی به منظور دستیابی به عدالت مد نظر قرار خواهد گرفت.

دستیابی به این اهداف کلان از طریق اجرای برنامه در ۲۸ قلمرو کانونی و دستیابی به ۴۶۷ هدف تعیین شده امکانپذیر خواهد شد.

رویکرد سیستماتیک به بهبود سلامت در چهار عنصر کلیدی نهفته است:

اهداف کلان،<sup>۱</sup>

اهداف برنامه،<sup>۲</sup>

عوامل اثر گذار بر سلامت،<sup>۳</sup>

سطح سلامت.<sup>۴</sup>

( ):

۱. دستیابی به خدمات سلامت کیفی<sup>۵</sup>

۲. آرتريت، استئوپروز و بیماری‌های مزمن کمر

۳. سرطان

۴. بیماری‌های مزمن کلیه

۵. دیابت

۶. معلولیت و بیماری‌های ثانویه

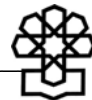
۷. آموزش و برنامه‌های جامعه محور

۸. سلامت محیط زیست

۹. تنظیم خانواده

1. Goals
2. Objectives
3. Determinants of health
4. Health status

5. توجه: شماره کنار هر عنوان نشان‌دهنده آدرس همان موضوع در سند اصلی است.



۱۰. ایمنی غذا
۱۱. ارتباطات سلامت
۱۲. بیماری‌های قلبی و سکته
۱۳. ویروس کاهنده ایمنی انسانی (HIV)
۱۴. ایمن‌سازی و بیماری‌های ایمنی
۱۵. حوادث و پیشگیری از خشونت
۱۶. سلامت مادر و کودک و شیر خوار
۱۷. ایمنی محصولات پزشکی
۱۸. سلامت روان و اختلالات روانی
۱۹. تغذیه و اضافه وزن
۲۰. ایمنی و سلامت شغلی (حرفه‌ای)
۲۱. سلامت دهان
۲۲. فعالیت فیزیکی و تناسب بدن
۲۳. زیرساختار سلامت عمومی
۲۴. بیماری‌های ریوی
۲۵. بیماری‌های انتقالی از روابط جنسی
۲۶. سوء استفاده از مواد (اعتیاد)
۲۷. استعمال تنباکو (مصرف دخانیات)
۲۸. بینایی و شنوایی

( )

این نشانگرها منعکس کننده نگاه‌های عمده در موضوع سلامت عمومی در امریکاست و علت انتخاب آن‌ها وجود داده‌ها و قابلیت اندازه‌گیری پیشرفت این نشانگرهاست. نشانگرها مشخص کننده رفتارهای فردی، عوامل محیطی اجتماعی و فیزیکی و موضوعات مهم سیستم سلامتی است که بر سلامت افراد و جوامع اثرگذار است:

- فعالیت فیزیکی
- اضافه وزن و چاقی
- استعمال دخانیات
- اعتیاد به مواد
- رفتارهای جنسی مسئولانه
- سلامت روان
- حوادث و خشونت
- کیفیت محیط زیست
- ایمن‌سازی



● دسترسی به مراقبت‌های سلامت

هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری پیشرفت در فعالیت فیزیکی در بزرگسالان و بالغین عبارت است از:  
- افزایش نسبت نوجوانانی که فعالیت فیزیکی شدید را به منظور تقویت تناسب قلبی عروقی ۳ روز یا بیش‌تر به مدت ۲۰ دقیقه یا بیش‌تر در هفته انجام می‌دهند.  
۲-۲۲. افزایش نسبت بزرگسالانی که به طور منظم، ترجیحاً روزانه، فعالیت فیزیکی متوسطی را به مدت حداقل ۳۰ دقیقه در روز انجام می‌دهند.

اضافه وزن و چاقی عامل عمده تعیین کننده در بسیاری از مرگ‌های قابل پیشگیری است. برای پایش از اندکس توده بدن ( $BMI = \text{Body Mass Index} = \text{weight}[\text{kg}] / \text{height}[\text{m}]^2$ ) استفاده می‌شود. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین و کودکان عبارت است از:  
- کاهش نسبت کودکان و نوجوانانی که چاق هستند یا اضافه وزن دارند،<sup>۱</sup>  
- کاهش نسبت بزرگسالانی که چاق هستند.

کشیدن سیگار تنها علت مهم قابل پیگیری از مرگ و بیماری در امریکاست و نسبت به ایدز، الکل، کوکائین، هروئین، آدمکشی، خودکشی، تصادفات و سائت موتوری و آتش‌سوزی مرگ و میر بیش‌تری را موجب می‌شود. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین عبارت است از:

۲-۲۷. کاهش استعمال تنباکو در نوجوانان،

۱-۲۷. کاهش استعمال تنباکو در بالغین.

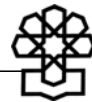
الکل و مواد مخدر عامل بسیاری از مشکلات جدی کشور از جمله خشونت، حوادث و ایدز است که هزینه‌های سالانه اقتصادی آن در مورد الکل ۱۶۷ میلیون دلار و مواد مخدر ۱۱۰ میلیون دلار است. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین عبارت است از:  
A-۱۰-۲۶. افزایش نسبت نوجوانانی که از مواد غیرقانونی یا الکل طی ۳۰ روز گذشته استفاده نکرده‌اند،

۱۰-۲۶. کاهش نسبت بالغینی که از مواد غیرقانونی طی ۳۰ روز گذشته استفاده کرده‌اند،

۱۱-۲۶. کاهش نسبت بالغینی که شرب خمر را به صورت میگزاری طی ماه گذشته داشته‌اند.

1. توجه: شماره کنار هر عنوان نشان‌دهنده آدرس همان موضوع در سند اصلی است.





حاملگی‌های ناخواسته و بیماری‌های انتقالی از روابط جنسی شامل ایدز ناشی از رفتارهای جنسی غیرمسئولانه است. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین عبارت است از: ۱۱-۲۵. افزایش نسبت نوجوانانی که از روش پرهیز یا کاندوم در آمیزش جنسی استفاده می‌کنند،

۶A-۱۳. افزایش نسبت افرادی که از نظر جنسی فعال بوده و از کاندوم استفاده می‌کنند.

به طور متوسط ۲۰ درصد از مردم آمریکا سالانه از بیماری‌های روانی رنج می‌برند. ۱۹ میلیون آمریکایی مبتلا به افسردگی بوده و بیش از ۲/۳ خودکشی‌ها در سال ناشی از افسردگی عمده<sup>۱</sup> است. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین عبارت است از: ۹B-۱۸. افزایش نسبت بزرگسالانی که افسردگی شناخته شده داشته و درمان لازم را دریافت کرده‌اند.

روزانه ۴۰۰ آمریکایی از حوادث ترافیکی، سلاح گرم، مسمومیت، خفگی، سقوط از بلندی، آتش سوزی و غرق شدگی می‌میرند. شایع‌ترین علت مرگ از حوادث ناشی از تصادف وسائط نقلیه موتوری است. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین عبارت است از: ۱۵A-۱۵. کاهش مرگ‌های ناشی از تصادف وسائط نقلیه موتوری، ۳۲-۱۵. کاهش آدمکشی.

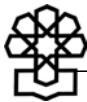
برآورد می‌شود ۲۵ درصد از بیماری‌های قابل پیشگیری در جهان ناشی از کیفیت بد محیط زیست است. در آمریکا سالانه ۵۰۰۰۰ مرگ پیش‌رس و ۴۰ تا ۵۰ میلیارد دلار هزینه اتفاق می‌افتد. دو شاخص اصلی در این رابطه عبارت است از: اوزون برای سنجش کیفیت هوای بیرون و دود سیگار در سنجش هوای درون منازل. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین عبارت است از:

۱A-۸. کاهش نسبت افرادی که تماس با هوایی دارند که استانداردهای آژانس حفاظت از محیط

زیست آمریکا برای اوزون را ندارد،

۱۰-۲۷. کاهش نسبت افراد غیر سیگاری که تماس با محیط آلوده به دود سیگار دارند.

واکسن‌ها مهم‌ترین دست یافته بشر در قرن بیستم است. ایمن‌سازی با واکسن از معلولیت و مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی پیشگیری کرده و از انتشار عفونت در درون جوامع جلوگیری می‌کند. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین عبارت است از:



۱۴-۲۴A. افزایش نسبت کودکان جوانی که کلیه واکسن‌ها را براساس توصیه‌های جهانی تا حداقل پنج سالگی دریافت کرده‌اند،

۱۴-۲۹A<sup>b</sup>. افزایش نسبت بزرگسالان غیر ساکن در آسایشگاه‌ها که سالانه بر علیه آنفولانزا واکسینه شده و در مقابل پنوموکوک ایمن شده‌اند.

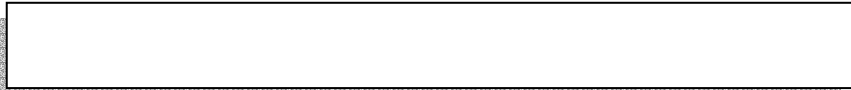
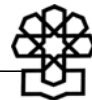
عوامل قوی در تعیین دسترسی کیفی به مراقبت‌های سلامتی شامل مواردی مانند: برخورداری از بیمه سلامت (۸۳٪)، سطح درآمدی بالا، برخورداری منظم از یک فراهم کننده مراقبت‌های اولیه (۸۷٪) و ... است. استفاده از خدمات پیشگیرانه مانند مراقبت‌های قبل از زایمان، شاخص دسترسی کیفی به مراقبت‌ها تلقی می‌شود (۸۳٪). هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری پیشرفت عبارت است از:

۱-۱. افزایش نسبت اشخاص برخوردار از بیمه سلامت،

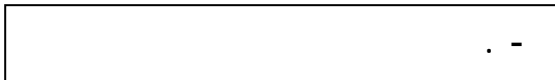
۱-۴A. افزایش نسبت اشخاص برخوردار از یک منبع خاص از مراقبت‌های سلامت،

۱۶-۶A. افزایش نسبت زنان حامله‌ای که از مراقبت‌های قبل از زایمان در سه ماهه اول حاملگی

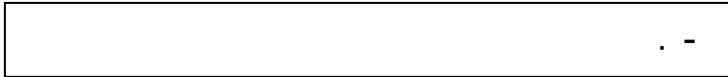
برخوردارند.



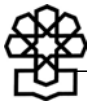
به منظور طراحی سیاست سلامت برای کشور، باید از بررسی قوانین جاری کشور شروع کرد و کلیه قوانین اعم از قانون اساسی، سند چشم انداز بیست ساله نظام جمهوری اسلامی، قانون برنامه چهارم توسعه، قانون بیمه همگانی، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و ... را مد نظر داشت. بررسی این قوانین از ابعاد: سلامت حق آحاد مردم، جامعیت، پاسخگویی به نیازهای مردم، عدالت در سلامتی (دسترسی و مشارکت مالی)، احترام به حقوق بیمار، رضایت‌مندی کلیه ذی‌نفعان<sup>۱</sup>، نگاه به کیفیت، می‌تواند نگاه کلان کشور به امر سلامت را روشن سازد.



در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، موارد مربوط به سلامت عبارتند از: اصل سوم بند «۱۲» پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار و بهداشت و تعمیر بیمه. اصل بیست و یکم بند «۲» حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت از فرزند، اصل بیست و یکم بند «۴» ایجاد بیمه خاص بیوه‌گان، زنان سالخورده و بی‌سرپرست، اصل بیست و نه، برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث، سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه حقی است همگانی. دولت موظف است بر طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک فرد کشور تأمین کند. اصل چهل و سوم بند «۱» تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت و درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه برای تأمین استقلال اقتصادی و... در اقتصاد جمهوری اسلامی ایران به عنوان ضابطه ذکر شده است.



در سند چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام و تأکید مقام معظم رهبری موارد مربوط به بخش سلامت عبارتند از: در بخش «ب» امور اجتماعی، سیاسی، دفاعی و امنیتی در بند «۳» به تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ارتقای سطح شاخص‌های آموزش، سلامت، امنیت غذایی، فرهنگ و تربیت اسلامی و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی و در بند «۱۲» آمایش سرزمینی مبتنی بر اصول ملاحظات



امنیتی و دفاعی، کارایی و بازدهی اقتصادی، وحدت و یکپارچگی سرزمین، گسترش عدالت اجتماعی و تعادل‌های منطقه‌ای، حفاظت محیط زیست و احیای منابع طبیعی، حفظ هویت اسلامی، ایرانی و حراست از میراث فرهنگی، تسهیل و تنظیم روابط درونی و بیرونی اقتصاد کشور و توجه به توسعه متکی بر منابع داخلی و رفع محرومیت‌ها خصوصاً در مناطق روستایی کشور ذکر شده است که بر دو موضوع مهم سلامت و عدالت تأکید دارد.

در بخش «د» امور اقتصادی در بند «۵» بر تأمین امنیت غذایی کشور با تکیه بر تولید از منابع داخلی تأکید بر خودکفایی در تولید محصولات اساسی کشاورزی اشاره دارد. در بند «۶» به ایجاد فرصت‌های برابر، مهار تورم و افزایش قدرت خرید گروه‌های متوسط، کم درآمد و اقشار آسیب‌پذیر و کاهش فاصله بین دهک‌های بالا و پایین درآمدی جامعه و در بند «۱۰» ارتقای سطح درآمد و زندگی روستاییان و کشاورزان، توسعه پایدار روستاها و رفع فقر با تقویت زیرساخت‌های مناسب تولید و تنوع بخشی و گسترش فعالیت‌های مکمل و اقتصادی به ویژه صنایع تبدیلی و کوچک و خدمات نوین را هدف قرار داده و بر رفع فقر که از موضوعات عدالت است تأکید می‌کند. در متنی که تحت عنوان سند چشم‌انداز بلند مدت جمهوری اسلامی ایران به تصویب هیأت وزیران رسیده است در موارد زیر ملاحظه می‌شود:

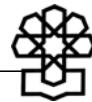
در بخش ب - امور اجتماعی - سیاسی و دفاعی در بند «۹»، تضمین حقوق مدنی و انسانی و دسترسی به فرصت‌های برابر برای افراد جامعه و احترام به نهادینه شدن حقوق معنوی افراد و در بند «۱۲» بهبود کیفیت زندگی، سلامت، امنیت غذایی، تربیت بدنی، رفع فقر و حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و تحقق عدالت اجتماعی، در بند «۱۶» دگرگونی در نظام پرداخت یارانه‌ها و پرداخت‌های انتقالی دولت و شفاف‌سازی یارانه‌های پنهان در اقتصاد کشور همراه و همزمان با اجرای سیاست‌های جبرانی و تقویت نظام‌های جامع تأمین اجتماعی و حمایت از قشرهای محروم نشان از توجه به موضوع سلامت و عدالت دارد.

در بخش ج - امور اقتصادی بر تأمین امنیت غذایی کشور با تأکید بر خودکفایی نسبی در تولید محصولات کشاورزی و در بخش د - آمایش سرزمین، امور زیست محیطی و توسعه پایدار در بند «۴۴» تحقق توسعه پایدار مبتنی بر دانایی در عرصه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و زیست محیطی کشور به نحوی که ضمن ارتقای کیفیت زندگی، حقوق نسل‌های کنونی و آینده نیز محفوظ بماند، تأکید بر سلامت و توجه به آن دارد.

در یکی از بندهای سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی، که توسط مقام معظم رهبری کشور ابلاغ گردیده است، برخورداری از سلامت، رفاه و امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب به عنوان یکی از اهداف آرمانی جمهوری اسلامی ایران مطرح شده است. لذا در بخش امور اجتماعی، سیاسی، دفاعی و امنیتی، بند «۱۲» و «۱۳» آمده است:

« تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابر و ارتقای سطح

شاخص‌هایی از قبیل آموزش، سلامت، تأمین غذا، افزایش درآمد سرانه و مبارزه با فساد».



« ایجاد نظام جامع تأمین اجتماعی برای حمایت از حقوق محرومان و مستضعفان و مبارزه با فقر و حمایت از نهادهای عمومی و مؤسسات و خیریه‌های مردمی با رعایت ملاحظات دینی و انقلابی.

. -

مواد مختلفی در قانون برنامه چهارم مرتبط با بحث سلامت هستند برای حفظ انسجام مطلب ابتدا به مواد بخش سوم قانون که اختصاص به موضوع بهداشت و درمان پرداخته می‌گردد سپس به سایر موادی که به طور غیر مستقیم با سلامت مرتبط هستند اشاره می‌شود.

. - -

در ماده (۸۴) دولت موظف شده است، به منظور نهادینه کردن مدیریت، سیاستگذاری، ارزشیابی و هماهنگی قلمرو توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی از جمله: امنیت غذا و تغذیه در کشور، تأمین سبد مطلوب غذایی و کاهش بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه و گسترش سلامت همگانی در کشور، اقدام‌های ذیل را به عمل آورد:

الف) تشکیل «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی»

ب) تهیه و اجرای برنامه‌های آموزشی لازم به منظور ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه. در همین راستا سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران و دستگاه‌های اجرایی مکلفند در تدوین و اجرای برنامه و از تبلیغ کالاهای مضر به سلامتی خودداری نمایند.

ج) تخصیص منابع اعتباری، تسهیلات بانکی و یارانه‌ای لازم برای تولید، تأمین، توزیع و مصرف مواد غذایی، در جهت دستیابی به سبد مطلوب غذایی و اختصاص منابع لازم برای شروع و تدارک برای ترویج غذای سالم در قالب میان‌وعده غذایی دانش‌آموزان و همچنین کمک غذایی برای اقشار نیازمند.

د) تهیه و اجرای برنامه‌های ایمنی غذا و کاهش ضایعات مواد غذایی از تولید به مصرف. در ماده (۸۵) دولت موظف شده است، ظرف مدت شش ماه پس از تصویب قانون لایحه حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه و کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی را مشتمل بر نکات ذیل تهیه و جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارائه کند:

- کاهش حوادث حمل و نقل، از طریق شناسایی نقاط و محورهای حادثه‌خیز جاده‌ها و راه‌های مواصلاتی و کاهش نقاط مذکور به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم.

- تأکید بر رعایت اصول ایمنی و مقررات راهنمایی و رانندگی.

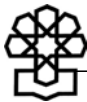
- ساماندهی و تکمیل شبکه فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی کشور و کاهش

مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم.

- ارتقای طرح ایمنی وسایط نقلیه موتوری و اعمال استانداردهای مهندسی انسانی و ایمنی لازم.

- کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی در محیط کار، آلاینده‌های هوا، آب، خاک، محصولات

کشاورزی و دامی و تعریف مصادیق، میزان و نحوه تعیین و وصول عوارض و جرائم جبرانی و



چگونگی مصرف منابع حاصله.

در ماده (۸۶) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذی‌ربط مکلف شده‌اند، تا پایان سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اقدامات لازم را جهت کاهش خطرات و زیان‌های فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان بیماری ایدز و نیز کاهش بار بیماری‌های روانی معمول دارد.

در ماده (۸۷) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف شده است، به منظور رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، در چارچوب سیاست‌های راهبردی تجاری، تسهیلات لازم را در خصوص معرفی توانایی‌ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فرآورده‌های پزشکی و دارویی ارائه نماید، به نحوی که مقدار ارز حاصل از صادرات خدمات و تولیدات مزبور معادل سی درصد (۳۰٪) مصارف ارزی بخش بهداشت و درمان، در پایان سال پایانی برنامه چهارم باشد.

در ماده (۸۸) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف شده است، به منظور ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی و درمانی کشور، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:

الف) تدوین، نظارت و ارزشیابی استانداردها و شاخص‌های بهبود کیفیت خدمات و اصلاح رتبه‌بندی بیمارستان‌ها، براساس الگوی ارتقای عملکرد بالینی.

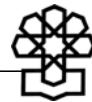
ب) مشتری‌مدار نمودن واحدهای بهداشتی، درمانی، از طریق اصلاح فرایندها و ساختار مدیریت اقتصادی (از جمله اصلاح نظام حسابداری، پرداخت مبتنی بر عملکرد، بودجه‌ریزی عملیاتی).

ج) اداره بیمارستان‌های پیشنهادی دانشگاه‌های علوم پزشکی، به صورت هیأت امنایی یا شرکتی و تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به‌کارگیری نیروی انسانی و اداری - مالی به آن‌ها در چارچوب تعرفه‌های مصوب.

د) تفکیک بیمارستان‌ها، از نظر تخت‌های آموزشی و غیر آموزشی و اعمال شاخص‌های اعتباری و نیروی انسانی براساس آن.

ه) طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت شهروندان ایرانی.

در ماده (۸۹) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شده است، به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارائه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور را مبتنی بر سطح‌بندی خدمات طراحی نماید. ایجاد، توسعه و تجهیز با تغییر در ظرفیت‌های پزشکی و درمانی کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات، مطابق با سطح‌بندی خدمات درمانی کشور انجام خواهد شد. احداث، ایجاد و توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی توسط دستگاه‌های موضوع ماده (۱۶۰) این قانون و نیروهای مسلح، صرفاً، با تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیأت وزیران امکان‌پذیر خواهد بود. در خصوص واحدهای سلامت و ایمنی محیط کار H.S.E، طبق مقررات اختصاصی ذی‌ربط عمل خواهد شد. مفاد این ماده شامل خدمات بهداشتی



درمانی که از طریق سرمایه‌گذاری و اداره بخش خصوصی انجام می‌گردد، نمی‌باشد. در ( ) به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آن‌ها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به نود صدم (۰/۹۰) ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد (۳۰٪) افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد (۱٪) کاهش یابد.

در ( ) به منظور افزایش اثربخشی نظام ارائه خدمات سلامت در کشور و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، اقدام‌های ذیل انجام خواهد شد:

الف) کلیه شرکت‌های بیمه تجاری و غیر تجاری صرفاً با رعایت قوانین و مقررات شورای عالی بیمه خدمات درمانی مجاز به ارائه خدمات بیمه پایه و مکمل می‌باشند.

ب) تا پایان برنامه چهارم، شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم، جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید.

ج) به منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، خدمات بیمه پایه درمانی روستاییان عشایری، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا می‌شود.

د) کلیه اتباع خارجی مقیم کشور، موظف به دارا بودن بیمه‌نامه برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران می‌باشند.

ه) تأمین اعتبار بیمه‌های خدمات درمانی در بودجه‌های سنواتی در طول برنامه چهارم براساس سرانه واقعی خواهد بود که سالانه به تصویب هیأت دولت می‌رسد.

در ( ) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شده است نسبت به درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی، در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی اقدام کند. به منظور تأمین منابع لازم برای ارائه خدمات فوق، عوارضی معادل ده درصد (۱۰٪) حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکت‌های بیمه تجاری وصول و به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌گردد و هزینه‌های درمان کلیه مصدومان ترافیکی، جاده‌ای و رانندگی از محل وجوه واریز شده به این حساب و سایر منابع موجود پرداخت خواهد شد. توزیع این منابع براساس عملکرد هر یک از سازمان‌های بیمه‌گر پایه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هر شش ماه یک بار صورت خواهد گرفت.

در ( ) به منظور تنظیم بازار دارو، فهرست داروهای مجاز همه ساله توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌شود. ورود، عرضه و تجویز دارو خارج از فهرست فوق ممنوع است. عرضه دارو (به استثنای داروهای غیر نسخه‌ای که فهرست آن‌ها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌شود) به مصرف‌کننده نهایی خارج از داروخانه‌ها ممنوع است. به منظور تضمین داروهای تولیدی، کلیه کارخانه‌های تولیدکننده دارو موظفند با ایجاد کنترل کیفیت و به‌کارگیری متخصصین ذی‌ربط نسبت به کنترل کیفیت تولیدات خود اقدام نمایند. به



این منظور به کارخانه‌های ذی‌ربط اجازه داده می‌شود با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از پنجاه درصد (۵۰٪) درآمد موضوع «قانون اصلاح بند «۲» تبصره «۲» ماده (۵) قانون لزوم بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی مصوب ۱۳۷۱/۶/۱۵»، در قالب بودجه‌های سالانه استفاده کنند.

در ( ) ماده (۱۹۴) «قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۷۹/۱/۱۷ و اصلاحیه‌های آن» برای دوره برنامه چهارم (۱۳۸۴-۱۳۸۸) تنفیذ شده است. در این ماده تکلیف شده که کلیه مراکز تولید و توزیع مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و همچنین مراکزی که در زمینه‌های فوق خدماتی را ارائه می‌کنند موظفند ضمن رعایت ضوابط بهداشتی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذی‌ربط اعلام می‌گردد. نسبت به اخذ تأییدیه ادواری از افراد حقیقی یا حقوقی (دولتی یا غیردولتی) که صلاحیت آن‌ها حسب مورد از طرف دستگاه‌های سابق‌الذکر برای مدت معین تأیید شده است اقدام کنند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذی‌ربط موظفند حسب مورد بر خدمات افراد حقیقی یا حقوقی تأیید صلاحیت شده به صورت مستمر نظارت و در صورت مشاهده تخلف ضمن رد صلاحیت آن‌ها موضوع را به مراجع قانونی ارجاع نمایند.

آیین‌نامه این ماده مشتمل بر تعیین واحدهای تولیدی، توزیعی و خدماتی مشمول این ماده، تعیین مقاطع زمانی اخذ تأییدیه بهداشتی برای هر یک از مراکز مربوطه، تعیین تعرفه‌ها، نحوه برخورد با متخلفان اعم از اخذ جرائم و معرفی به دادگاه، ضوابط تعیین صلاحیت اشخاص حقیقی و حقوقی نظارت کننده و سایر موارد حداکثر طی مدت شش ماه پس از تصویب این قانون توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

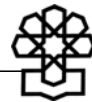
در ( ) دولت مکلف است، به منظور استقرار عدالت و ثبات اجتماعی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، کاهش فاصله دهک‌های درآمدی و توزیع عادلانه درآمد در کشور و نیز کاهش فقر و محرومیت و توانمندسازی فقرا، از طریق تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تأمین اجتماعی و یارانه پرداختی، برنامه‌های جامع فقرزدایی و عدالت اجتماعی را با محورهای ذیل تهیه و به اجرا بگذارد و ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون، نسبت به بازنگری مقررات و همچنین تهیه لوایح برای تحقق سیاست‌های ذیل اقدام نماید:

الف) گسترش و تعمیق نظام جامع تأمین اجتماعی، در ابعاد جامعیت - فراگیری و اثربخشی.

ب) اعمال سیاست‌های مالیاتی، با هدف باز توزیع عادلانه درآمدها.

ج) تعیین خط فقر و تبیین برنامه‌های توانمندسازی متناسب و ساماندهی نظام خدمات حمایتی اجتماعی، برای پوشش کامل جمعیت زیر خط فقر مطلق و نظام تأمین اجتماعی، برای پوشش جمعیت بین خط فقر مطلق و خط فقر نسبی و پیگیری و ثبت مستمر آثار برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی بر وضعیت خط فقر، جمعیت زیر خط فقر، همچنین میزان درآمد سه دهک پایین درآمدی و شکاف فقر و جبران آثار برنامه‌های اقتصادی، اجتماعی به سه دهک پایین درآمدی





از طریق افزایش قدرت خرید آنان.

دولت موظف است کلیه خانوارهای زیر خط فقر مطلق را حداکثر تا پایان سال دوم برنامه به صورت کامل توسط دستگاه‌ها و نهادهای متولی نظام تأمین اجتماعی شناسایی و تحت پوشش قرار دهد.

د) طراحی برنامه‌های ویژه اشتغال، توانمندسازی، جلب مشارکت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی، به ویژه برای جمعیت‌های سه دهک پایین درآمدی در کشور.

ه) ارتقای مشارکت نهادهای غیر دولتی و مؤسسات خیریه، در برنامه‌های فقرزدایی و شناسایی کودکان یتیم و خانواده‌های زیر خط فقر، در کلیه مناطق کشور توسط مدیریت‌های منطقه‌ای و اعمال حمایت‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی برای افراد یاد شده توسط آنان و دستگاه‌ها و نهادهای مسئول در نظام تأمین اجتماعی.

و) امکان تأمین غذای سالم و کافی، در راستای سبد مطلوب غذایی و تضمین خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی رایگان و تأمین مسکن ارزان قیمت، همچنین حصول اطمینان از قرار گرفتن جمعیت کم‌تر از هجده سال تحت پوشش آموزش عمومی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پایین درآمدی، از طریق جابه‌جایی و تخصیص کارآمد منابع یارانه‌ها.

ز) فراهم کردن حمایت‌های حقوقی، مشاوره‌های اجتماعی و مددکاری، برای دفاع از حقوق فردی، خانوادگی و اجتماعی فقرا.

ح) اتخاذ رویکرد توانمندسازی و مشارکت محلی، براساس الگوی نیازهای اساسی توسعه و تشخیص نیاز توسط جوامع محلی برای ارائه خدمات اجتماعی، از طریق نظام انگیزشی برای پروژه‌های عمرانی کوچک، متناسب با ظرفیت‌های محلی - از طریق اعمال موارد فوق در سطوح محلی و با جلب مشارکت‌های عمومی.

ط) طراحی روش‌های لازم برای افزایش بهره‌وری و درآمد روستاییان و عشایر ایجاد فرصت‌های اشتغال به ویژه در دوره‌های زمانی خارج از فصول کاشت و برداشت با رویکرد مشارکت روستاییان و عشایر، با حمایت از صندوق قرض‌الحسنه توسعه اشتغال روستایی و صندوق اشتغال نیازمندان.

براساس ( ) دولت مکلف است، با توجه به استقرار سازمانی نظام جامع تأمین اجتماعی در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، پوشش جمعیتی، خدمات و حمایت‌های مالی مورد نظر در اصل بیست و نهم (۲۹) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران را طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، از طریق فعالیت‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی به صورت تدریجی و به شرح ذیل افزایش و به اجرا بگذارد:

الف) افزایش پوشش بیمه‌های اجتماعی با توجه خاص به روستاییان و عشایر و شاغلین شهری که تاکنون تحت پوشش نبوده‌اند، به نحوی که برنامه بیمه‌های اجتماعی روستاییان و عشایر، با مشارکت دولت و روستاییان و عشایر پس از تهیه و تصویب دولت از سال دوم برنامه



چهارم، به اجرا گذاشته شود،

- (ب) پوشش کامل (صد درصد) جمعیتی، از بیمه همگانی پایه خدمات درمانی،
- (ج) تأمین بیمه خاص (در قالب فعالیت‌های حمایتی)، برای حمایت از زنان سرپرست خانوار و افراد بی‌سرپرست با اولویت کودکان بی‌سرپرست،
- (د) هدفمند نمودن فعالیت‌های حمایتی، جهت توانمندسازی افراد تحت پوشش مؤسسات و نهادهای حمایتی در راستای ورود به پوشش بیمه‌ای،
- (ه) اتخاذ تمهیدات لازم جهت بازپرداخت بدهی دولت به سازمان‌های بیمه‌ای، به نحوی که ضمن جلوگیری از ایجاد بدهی جدید تا پایان برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، کل بدهی دولت به سازمان‌های بیمه‌ای تسویه شده باشد،
- (و) اتخاذ تدابیر مورد نیاز برای کاهش طول دوره استفاده از مقرری بیکاری در جهت تنظیم بازار کار، افزایش سابقه مورد نیاز برای احراز مقرری بیمه بیکاری در سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران،
- (ز) با توجه به تغییرات و روند صعودی شاخص‌های جمعیتی امید به زندگی و لزوم پایداری صندوق‌های بیمه‌ای اجتماعی و اصلاحات منطقی در مبانی محاسباتی آن‌ها، دولت موظف است با استفاده از تجربه جهانی در چارچوب محاسبات بیمه‌ای اقدامات لازم را معمول دارد،
- (ح) در صورتی که نرخ رشد دستمزد اعلام شده کارگران در دو سال آخر خدمت آن‌ها بیش از نرخ رشد طبیعی دستمزد کارگران بوده و با سال‌های قبل سازگار نباشد، مشروط بر آن‌که این افزایش دستمزد به دلیل ارتقای شغلی نباشد، سازمان تأمین اجتماعی علاوه بر دریافت مابه‌التفاوت میزان کسور سهم کارگران و کارفرما به نسبت دستمزد واقعی و دستمزد اعلام شده سال‌های قبل از کارفرمای ذی‌ربط، خسارت وارده بر اساس لایحه‌ای خواهد بود که توسط هیأت وزیران تهیه و برای تصویب به مجلس شورای اسلامی تقدیم می‌شود.
- در ( ) دولت مکلف است، به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل کاهش آسیب‌های اجتماعی، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، مشتمل بر محورهای ذیل اقدام نماید:
- (الف) ارتقای سطح بهداشت روان، گسترش خدمات مددکاری اجتماعی، تقویت بنیان خانواده و توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب.
- (ب) بسط و گسترش روحیه نشاط، شادابی، امیدواری، اعتماد اجتماعی، تعمیق ارزش‌های دینی و هنجارهای اجتماعی.
- (ج) شناسایی نقاط آسیب‌خیز و بحران‌زای اجتماعی در بافت شهری و حاشیه شهرها و تمرکز بخشیدن حمایت‌های اجتماعی، خدمات بهداشتی - درمانی، مددکاری، مشاوره اجتماعی و حقوقی و برنامه‌های اشتغال حمایت شده، با اعمال راهبرد همکاری بین بخشی و سامانه مدیریت آسیب‌های اجتماعی در مناطق یاد شده.
- (د) پیشگیری اولیه از بروز آسیب‌های اجتماعی از طریق: اصلاح برنامه‌های درسی دوره



آموزش عمومی و پیش‌بینی آموزش‌های اجتماعی و ارتقای مهارت‌های زندگی.  
هـ) خدمات‌رسانی به موقع به افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی با مشارکت سازمان‌های غیر دولتی.

و) بازتوانی آسیب‌دیدگان اجتماعی و فراهم نمودن زمینه بازگشت آن‌ها به جامعه.  
ز) تهیه طرح ملی مبارزه با مواد مخدر و روانگردان براساس محورهای ذیل:  
۱. پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و قاچاق آن با استفاده از تمامی امکانات و توانمندی‌های ملی.  
۲. در اولویت قراردادن استراتژی کاهش آسیب و خطر، کار درمانی، آموزش مهارت‌های زندگی سالم، روان‌درمانی، درمان اجتماع‌مدار معتادان و بهره‌گیری از سایر یافته‌های علمی و تجارب جهانی در اقدام‌ها و برنامه‌ریزی‌های عملی.

۳. جلوگیری از تغییر الگوی مصرف مواد مخدر به داروهای شیمیایی و صنعتی.  
۴. جلوگیری از هرگونه تطهیر عواید ناشی از فعالیت‌های مجرمانه مواد مخدر و روانگردان‌ها.  
۵. به کار گرفتن تمام امکانات و توانمندی‌های ملی برای مقابله با حمل و نقل و ترانزیت مواد مخدر و همچنین عرضه و فروش آن در سراسر کشور.

۶. تقویت نقش مردم و سازمان‌های غیر دولتی در امر پیشگیری و مبارزه با اعتیاد.  
ح) تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن با پوشش حداقل هفتاد و پنج درصد (۷۵٪) جمعیت هدف در پایان برنامه.

ط) تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل بیست و پنج درصد (۲۵٪) جمعیت هدف.

ی) تهیه و تدوین طرح جامع توانمندسازی زنان خودسرپرست و سرپرست خانوار با همکاری سایر سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط و تشکل‌های غیردولتی و تصویب آن در هیأت وزیران در شش ماهه نخست سال اول برنامه.

ک) ساماندهی و توسعه مشارکت‌های مردمی و خدمات داوطلبانه در عرصه بهزیستی و برنامه‌ریزی و اقدامات لازم برای حمایت از مؤسسات خیریه و غیردولتی با رویکرد بهبود فعالیت.

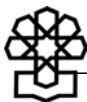
ل) افزایش مستمری ماهیانه خانواده‌های نیازمند و بی‌سرپرست و زنان سرپرست خانواده تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی بر مبنای چهل درصد (۴۰٪) حداقل حقوق و دستمزد در سال اول برنامه.

بر اساس ( ) نیز کلیه بیمه‌شدگان (به استثنای کادر نیروهای مسلح و کارکنان وزارت اطلاعات) می‌توانند نسبت به تغییر سازمان بیمه‌ای خود اقدام کنند. نقل و انتقال حق بیمه و کسورات بیمه‌ای بین صندوق‌های بیمه‌ای براساس ضوابطی خواهد بود که حداکثر طی مدت شش ماه توسط سازمان امور اداری و استخدامی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و براساس محاسبات بیمه‌ای تهیه و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

. - -

( )

بند «۱» کمک مستقیم و جبرانی از طریق نظام تأمین اجتماعی به اقشار آسیب‌پذیر، در بند «۴» کاهش



نقاط حادثه‌خیز جاده‌ای و تجهیز شبکه فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی کشور، در بند «۵» اجرای طرح‌های بهینه‌سازی و کمک به اصلاح و ارتقای فناوری وسایل، تجهیزات کارخانجات و سامانه‌های مصرف‌کننده انرژی در جهت کاهش مصرف انرژی و آلودگی هوا ذکر گردیده است.

در ماده (۵) با نگاه به بهره‌وری، تاکید گردیده است که سهم بهره‌وری کل عوامل در رشد تولید ناخالص داخلی حداقل به سی و یک و سه دهم درصد (۳۱/۳٪) برسد. در بند «۳» تکلیف شده است که هدفگذاری‌های هر بخش و زیربخش با شاخص‌های ستانده به نهاده مشخص گردد به طوری که متوسط رشد سالانه بهره‌وری نیروی کار، سرمایه و کل عوامل تولید به مقادیر حداقل ۳/۵، ۱ و ۲/۵ درصد برسد.

در ماده (۱۸) دولت مکلف شده است ظرف مدت شش ماه پس از تصویب قانون، برنامه توسعه بخش کشاورزی و منابع طبیعی را با محوریت خودکفایی در تولید محصولات اساسی کشاورزی، تأمین امنیت غذایی، اقتصادی نمودن تولید و توسعه صادرات محصولات کشاورزی، ارتقای رشد ارزش افزوده بخش کشاورزی حداقل به میزان رشد پیش‌بینی شده در جدول (۲) بخش هفتم قانون را تهیه و به استناد بند «و» افزایش تولید مواد پروتئینی دام و آبزیان را در راستای اصلاح ساختار تغذیه به نحوی افزایش دهد که سرانه سهم پروتئین حیوانی در الگوی تغذیه به بیست و نه گرم افزایش یابد.

در ماده (۲۸) به منظور تقویت اقتصاد حمل‌ونقل و بهره‌برداری مناسب از موقعیت سرزمینی کشور، افزایش ایمنی و سهولت حمل و نقل بار و مسافر، دولت موظف شده است در چارچوب «برنامه توسعه حمل و نقل کشور»، هدف سلامت‌نگر زیر را در برنامه چهارم توسعه محقق کند:

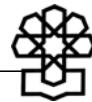
بند «الف» - حذف کامل نقاط سانحه‌خیز شناسایی شده در آزادراه‌ها، بزرگراه‌ها و راه‌های اصلی کشور

این ماده که به مقوله اصلاح نقاط سانحه‌خیز، تکمیل آزادراه‌ها و گذرگاه‌ها، در چارچوب «برنامه توسعه حمل و نقل کشور» پرداخته است که خود در کاهش تصادفات جاده‌ای و بهبود سلامت اثر پیش‌برنده دارد.

در ماده (۳۰) دولت موظف شده است به منظور هویت‌بخشی به سیمای شهر و روستا، استحکام بخشی ساخت‌وسازها، دستیابی به توسعه پایدار و بهبود محیط زندگی در شهرها و روستاها، اقدام ذیل را در بخش‌های عمران شهری و روستایی و مسکن در جهت سلامت به عمل آورد:

بند «الف» دولت موظف شده است شاخص‌های جمعیت تحت پوشش شبکه آب شهری و فاضلاب شهری به ترتیب تا سقف صد درصد (۱۰۰٪) و چهل درصد (۴۰٪) ارتقا بخشد.

در بند «ب» نیز ایمن‌سازی و مقاوم‌سازی ساختمان‌ها و شهرها به منظور کاهش خسارات انسانی و اقتصادی ناشی از حوادث غیر مترقبه مورد اشاره قرار گرفته است. همچنین صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران و وزارتخانه‌های فرهنگ و ارشاد اسلامی، علوم، تحقیقات و فناوری، مسکن و شهرسازی و آموزش و پرورش مکلفند خطرات ناشی از سکونت در ساختمان‌های



غیرمقاوم در مقابل زلزله و لزوم رعایت اصول فنی در ساخت و سازها و نیز چگونگی مقابله با خطرات ناشی از زلزله را به مردم آموزش دهند. این اقدامات نقش بسزایی در کاهش خسارات جانی ناشی از حوادث غیر مترقبه می‌گردد.

در بخش دوم و موضوع حفاظت از محیط زیست در ماده (۶۱) دولت مکلف شده است، در طول برنامه چهارم آلودگی هوا را کاهش دهد؛ ضوابط ورود، ساخت، فرمولاسیون و مصرف کودهای شیمیایی و سموم دفع آفات نباتی از جهت تأثیرات زیست محیطی تهیه و به تصویب هیأت وزیران برساند؛ جمع‌آوری، حمل و نقل، بازیافت و دفع کلیه پسماندها با روش‌های فنی زیست محیطی و بهداشتی انجام شود.

در بخش ششم در موضوع «ارتقای اثر بخشی حاکمیت» در ماده (۱۳۵) نقش و وظایف دولت، در حوزه‌های «امور حاکمیتی»، «امور تصدی‌های اجتماعی، فرهنگی و خدماتی»، «امور زیربنایی» و «امور تصدی‌های اقتصادی» تعریف شده است که از آن جمله برقراری عدالت و تأمین اجتماعی و باز توزیع درآمد، پیشگیری از بیماری‌های واگیر، مقابله و کاهش آثار حوادث طبیعی و بحران‌های پیچیده، آموزش و پرورش عمومی، فنی و حرفه‌ای، علوم و تحقیقات، بهداشت و درمان، تربیت بدنی و ورزش، اطلاعات و ارتباطات جمعی است که، منافع اجتماعی حاصل از آن‌ها نسبت به منافع فردی برتری دارد و موجب بهبود وضعیت زندگی افراد می‌گردد.

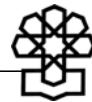


الزامها و راهبردها، مضامینی در جهت بهره‌برداری مطلوب از فرصت‌های پیش‌روی کشور، برای نیل به هدف‌ها و سیاست‌های کلی چشم‌انداز هستند، که منبعث از محورهای اساسی و سیاست‌های کلی می‌باشند. نود و پنج مورد الزامها و راهبردها و همچنین سیاست‌های مربوط مبنای اصلی احکام قانون برنامه چهارم توسعه بوده است. به منظور شفاف‌تر شدن مبنای نظری قانون برنامه چهارم راهبردهایی که مربوط به بخش سلامت است در این‌جا آورده شده است.

- واگذاری طرح‌های دولتی با چشم انداز سوددهی تجاری به بخش خصوصی.
- اداره شرکت‌های دولتی به صورت تجاری و رقابتی و واگذاری مدیریت آن‌ها به بخش خصوصی (براساس پیمان خرید خدمات).
- گسترش فعالیت‌های تحقیق و توسعه و گسترش نوآوری، توسعه فناوری، توسعه سرمایه انسانی، ارتقای بهره‌وری و رقابت‌پذیری، توسعه کارآفرینی و تشویق کارآفرینان.



- گسترش حوزه فعالیت و تسهیل فرآیند دستیابی تعاونی‌ها به منابع و امکانات و کمک به یکپارچگی آن‌ها.
- استفاده از مزیت‌های قانونی مناطق آزاد و ویژه به منظور توسعه سرمایه‌گذاری و تولید.
- .
- ایجاد فضای رقابتی و تدوین مقررات و قوانین تسهیل‌کننده جلب و جذب سرمایه‌گذاری خارجی و سرمایه‌گذاران ایرانی خارج از کشور.
- .
- ترویج و ارتقای فرهنگ کار و کارآفرینی به عنوان یک ارزش.
- ایجاد زمینه‌های مناسب برای تشکیل تشکلهای صنفی کارگری و کارفرمایی و احترام به توافقات دو جانبه این تشکلهای به منظور انعطاف‌پذیری بیشتر روابط کارگر و کارفرما.
- توسعه سه جانبه‌گرایی (دولت، کارگر، کارفرما) در روابط کار.
- استقرار نظام شایسته‌گرایی در استخدام، انتصاب و ارتقای منابع انسانی.
- ایجاد ارتباط منطقی بین دستمزدها و کارایی نیروی کار.
- ارتقای نقش مراکز کاریابی و مشاوره و هدایت شغلی به منظور شناسایی و بهره‌گیری از مزیت‌های نسبی مناطق و زمینه‌های ایجاد کار در جهت انطباق تخصص و مهارت نیروی کار با مهارت مورد نیاز مشاغل با تأکید به مراکز غیر دولتی.
- ایجاد روابط منطقی بین نیازهای بازار کار و نظام آموزشی کشور.
- توسعه آموزش در تمامی سطوح به ویژه در مقاطع دانشگاهی در رشته علوم مهندسی و همچنین ارتقای مهارت‌ها از طریق توسعه نظام آموزش نیروی کار.
- استفاده مطلوب از ظرفیت‌های موجود با ایجاد تنوع در فعالیت‌ها و ارتقای کیفیت محصولات.
- استفاده مؤثر و بهینه از عوامل سخت افزاری و نرم افزاری در فرآیند تولید با ایجاد انگیزه و جذب نیروی کار متخصص.
- ایجاد سازوکارهای لازم برای افزایش نوبت‌های کاری در واحدهای تولیدی و طرح‌های عمرانی کشور برای کاهش بیکاری عوامل تولید و افزایش ظرفیت فنی و اجرایی کشور.
- حمایت از تولید انعطاف پذیر.
- حمایت از نوآوری و خلاقیت و پوشش لازم برای سرمایه‌گذاری‌های مخاطره آمیز.
- حمایت‌های مالی از توسعه فناوری جدید و خرید دانش فنی در واحدهای تولیدی.
- توسعه و ارتقای سطح استانداردهای ملی و افزایش مستمر کیفیت محصولات.
- نگرش ویژه به توسعه روستایی به عنوان نهاد پایه و مؤثر بر بهره‌وری در بخش کشاورزی و تأمین امنیت غذایی.
- پیش‌بینی تمهیدات لازم به منظور تقویت مهارت‌های زنان متناسب با سایر عوامل توسعه از طریق گسترش آموزش‌های کاربران حرفه‌ای با تأکید بر استفاده صحیح از سرمایه‌گذاری انجام شده در بخش آموزش.



- گسترش فعالیت تحقیق و توسعه در زمینه گزینش فناوری متناسب با شرایط بازار کار کشور.
- توسعه تجارت الکترونیکی (EC) و بازرگانی الکترونیک (EB) برای کاهش هزینه‌های مبادله، افزایش بهره‌وری و رقابت‌پذیری در سطح اقتصاد ملی.
- استفاده از قابلیت اعمال سیاست‌ها، اجرا و نظارت و تولید اطلاعات سریع و مطمئن فناوری اطلاعات در ارتقای بهره‌وری.

. -

- راه‌اندازی شبکه اطلاع‌رسانی بازار کار به متقاضیان کار، کارفرمایان، کارآفرینان، سرمایه‌گذاران و برنامه‌ریزان در سطح کشور.
- حمایت‌های لازم جهت ایجاد توسعه مراکز مشاوره شغلی و کاریابی غیردولتی.
- حمایت از توسعه تعاونی‌ها به ویژه تعاونی‌هایی با اعضای فارغ‌التحصیلان دانشگاهی و دارندگان مهارت‌های فنی و حرفه‌ای.
- انجام اقدامات ضروری به منظور افزایش اشتغال نیروی کار ایرانی در خارج از کشور.
- اخذ جریمه متناسب از فعالیت‌های دارای آثار بیرونی منفی برای محیط زیست و منابع طبیعی.
- قانونمند نمودن صندوق‌های تأمین آتیه شامل صندوق‌های بازنشستگی، تأمین اجتماع، پاداش خدمت کارکنان و نظایر آن.
- ایجاد نهادهای ارزیابی و رتبه بندی مالی.

. -

- پرهیز از گسترش حجم دولت و تلاش در جهت کوچک‌سازی حجم و دخالت‌های دولت در اقتصاد با بازنگری در تعریف و شرح وظایف دستگاه‌ها و نهادهای دولتی.
- سامان قلمرو و نحوه حضور بخش‌های عمومی در اقتصاد.

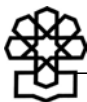
.

. -

- فعال‌سازی بازار دانایی، با برقراری سازوکار ثبت مالکیت فکری و تسهیل در مبادله منافع اقتصادی دستاوردهای فناوری
- تکیه بیش‌تر بر بخش خصوصی در فعالیتهای پژوهشی و فناوری.
- توسعه فناوری‌های بومی (کوچک و متوسط مقیاس).
- افزایش سهم ارزش افزوده فعالیتهای پژوهشی و فناوری در تولید ناخالص داخلی.

. -

- دسته‌بندی مأموریت‌ها و تقسیم کار ملی دستگاه‌های فعال حوزه فناوری و پژوهش و ارزیابی فعالیت‌های دستگاه‌ها براساس شاخص‌های شناخته شده جهانی.
- نوسازی ساختارها و شیوه‌های مدیریت، در حوزه پژوهش و فناوری.
- کاهش فاصله فناوری‌های مورد استفاده در کشور با فناوری روز دنیا.



. -

- ایجاد زیرساخت‌های اطلاعات ملی مکانی برای تجاری‌سازی نتایج تحقیقات (توسعه ساختارهای حوزه فناوری شامل: نهادهای مالی خطرپذیر، شرکت‌های توسعه فناوری، پارک‌ها و مراکز رشد علم و فناوری، دانشگاه‌های پژوهشی).
- مقررات‌زدایی در جهت تسهیل فعالیت‌های پژوهشی و فناوری.
- ایجاد تنوع خدمات و تسهیل و تسریع دستیابی به ارتباطات مورد نیاز و مطمئن.

. -

- اصلاح برنامه‌های آموزشی با روزآمد نمودن آن‌ها و انطباق برنامه‌ها با نیازهای جامعه و بازار کار.
- استفاده از فناوری‌های جدید در محتوای آموزش‌ها و روش‌های آموزشی.
- تغییرات اساسی محتوا و روش‌های آموزشی با هدف اثربخشی بر فرایند یاددهی و یادگیری.
- ایجاد دانشگاه‌های پژوهش محور و پاسخگو به جامعه.
- بهبود ساختار و کیفیت نیروی انسانی شاغل در بخش آموزش.
- تدوین و اصلاح قوانین و مقررات لازم برای تنوع بخشی به منابع مالی و خودگردانی واحدهای آموزشی.
- اصلاح فرایند تنظیم استانداردها و نظارت بر آموزش‌ها.
- گسترش ارتباطات علمی با مراکز و نهادهای آموزشی و تحقیقاتی معتبر بین‌المللی.

. -

- سازماندهی نظام واحد سیاستگذاری کلان در بخش‌های آموزشی.
- اصلاح مدیریت و روش اداره مؤسسات آموزشی.
- مهندسی مجدد نظام آموزش فنی و حرفه‌ای در مجموعه آموزشی کشور، با توجه به تحولات جهانی و ضرورت‌های داخلی.
- اصلاح ساختار سازمانی و تشکیلاتی ستادهای آموزشی، با هدف ارتقای توان کارشناسی، کاهش تصدی‌ها و کوچک‌سازی تشکیلات.

. -

- تمرکززدایی در تولید آمار.
- ساماندهی آمارهای ثبتی.
- بهره‌گیری از فناوری اطلاعات.
- تشویق و ترغیب بخش خصوصی، در جهت مشارکت در فرایند تولید و اطلاع‌رسانی آماری و توسعه پژوهش‌های آماری.



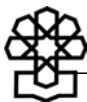


● فرهنگ‌سازی با هدف تولید برای صادرات.

- انطباق مقررات، قوانین و رویه‌های گمرکی و سیستم طبقه‌بندی و ارزش‌گذاری کالا با آخرین سیستم‌های بین‌المللی گمرکی.
- انطباق تدریجی ضوابط فنی و استانداردهای ملی با استانداردهای بین‌المللی.
- تضمین تولید و گردش آزاد آمار و اطلاعات برای تجارت.
- تلاش برای توسعه تجارت الکترونیکی از طریق ایجاد شیوه‌های مناسب و کاهش شکاف دیجیتالی با رویکرد بومی‌سازی و حمایت از تشکلهای مربوطه.

- گسترش و تجهیز دالان‌های ارتباطی با عملکرد فراملی و شناسایی مراکز جمعیتی مستقر در آن برای استفاده از مزیت‌های موقعیت جغرافیایی، ژئوپلیتیکی و قابلیت‌های ترانزیتی کشور.
- تجهیز مناطق آزاد به خدمات زیربنایی، بازرگانی و پشتیبان تولید به عنوان مراکز اصلی ورود کشور به بازارهای جهانی و منطقه‌ای به صورت الگویی عملی (پایلوت) جهت هم پیوندی با اقتصاد جهانی متناسب با نقش و عملکرد این مناطق در ساختار اقتصاد ملی.
- سازماندهی فضایی و تقسیم کار تخصصی بین مناطق آزاد و ویژه اقتصادی کشور با تأکید بر نواحی جنوبی، شمالی و محور شرق کشور در چارچوب ملاحظات و راهبردهای آمایش سرزمین.

- تضمین جریان آزاد و شفاف اطلاعات مورد نیاز سرمایه‌گذار
- شناسایی، آماده‌سازی و معرفی فرصت‌های سرمایه‌گذاری خارجی در چارچوب اهداف توسعه در عرصه‌های مختلف و اولویت‌دار.
- گسترش روابط منطقه‌ای و تقویت سازمان‌های منطقه‌ای، اسلامی و بین‌المللی.
- ایجاد شرایط مناسب برای ارتقای سرمایه‌های انسانی.
- تقویت و حمایت از حضور تشکلهای غیردولتی و بخش خصوصی در سرمایه‌گذاری خارجی.
- تشویق و هدایت ایرانیان مقیم خارج به سرمایه‌گذاری در طرح‌های مورد نیاز کشور.
- ارائه اطلاعات کافی و شفاف از قوانین و مقررات داخلی کشور مرتبط با نیازهای ایرانیان مقیم خارج از کشور.

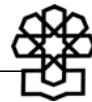


- توسعه و ارتقای سطح استانداردهای ملی و مشارکت فعال در تدوین استانداردهای بین‌المللی.
- افزایش مستمر انطباق محصولات با استانداردهای ملی و بین‌المللی.
- هدفمند کردن یارانه‌ها و سیاست‌های حمایتی تولیدی به منظور تقویت بنیان‌های رقابت پذیری و شکوفایی مزیت‌های نسبی و رقابتی.
- محدود کردن تعیین قیمت‌های تضمینی به محصولات استراتژیک سبد امنیت غذایی و تعیین قیمت‌های مزبور براساس اصول اقتصادی و بهره برداری بهینه از منابع با استقرار نظام جامع آموزشی و ترویج بهره‌برداران به منظور کاهش هزینه‌ها.

- افزایش کارایی و استفاده مؤثر از فناوری‌های موجود و توسعه و اشاعه فناوری‌های نوین و ایجاد آمادگی روانی سازمانی برای پذیرش فناوری‌های جدید.
- برقراری و همگرایی عوامل مؤثر در ارتقای بهره‌وری و نوآوری در منظومه دانشگاه و بخش‌های اقتصادی دولت در سطح ملی و بین‌المللی.
- توسعه آموزش در کلیه سطوح به ویژه در مقطع دانشگاهی در رشته‌های علوم مهندسی و همچنین ارتقای مهارت‌ها از طریق توسعه نظام آموزش نیروی کار.

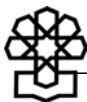
- دسترسی برابر زنان و مردان به منابع و فرصت‌ها.
- حمایت و گسترش دوره‌های کارآفرینی زنان.
- تعادل جنسیتی در بازار کار.
- ظرفیت‌سازی در بخش خدمات، با هدف اشتغال دختران دانش آموخته.
- گسترش تأمین اجتماعی برای زنان فاقد شغل و پوشش حمایتی.
- واگذاری بخشی از فعالیت‌های دولتی بخش آموزش بهداشت، درمان و بهزیستی، به زنان.
- حمایت از مراکز پژوهشی در حوزه زنان.
- تعمیق و گسترش خدمات بهداشتی به زنان، در دوران بارداری و زایمان.
- حمایت از زنانی که شوهران مبتلا به ایدز دارند.
- تأمین بهداشت روانی زنان، از طریق ارائه خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی ویژه.
- بهبود تغذیه زنان.

- بسط و ترویج فرهنگ شایسته‌سالاری و مقابله با فرهنگ ظاهرسازی و چاپلوسی.
- تأمین و گسترش آموزش‌های مربوط به سلسله مراتب اداری، انعطاف‌پذیری و افزایش تحمل و



بردباری بین کارگر و کارفرما.

- . -
- توجه ویژه به مناطق محروم و کم‌تر توسعه یافته و اقشار محروم و تلاش برای افزایش درآمد آنان.
- اعطای یارانه‌های هدفمند و تأمین تسهیلات اجتماعی به اقشار فقیر و کم درآمد.
- . -
- اعطای یارانه‌های هدفمند جهت تأمین سبد غذایی مطلوب اقشار فقیر.
- تضمین تأمین خدمات بهداشتی و درمانی ضروری برای گروه‌های کم درآمد و فقیر.
- . -
- اقدامات لازم برای بهبود شیوه زندگی مردم با هدف پیشگیری از عوامل خطر ساز سلامت.
- پیشگیری از عوامل اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی تهدید کننده سلامت.
- توسعه آموزش همگانی سلامت.
- توسعه خدمات توانبخشی با بهره‌گیری از رویکرد توانبخشی مبتنی بر جامعه در قالب مراقبت‌های اولیه بهداشتی.
- استمرار سیاست تجدید موالید.
- ایجاد و توسعه بیمه‌های سلامت‌نگر و تأکید بر روش‌های پرداخت سرانه.
- توانمندسازی مردم به منظور اصلاح فرهنگ سلامت، بهبود شیوه زندگی جامعه، ترویج الگوی زندگی سالم و کاهش رفتارهای پرخطر به ویژه نزد کودکان و جوانان.
- ارتقای بهداشت و ایمنی محیط‌های خصوصی و عمومی (خانه، مدرسه، محیط کار، بیمارستان و...) با تأکید بر بهداشت آب آشامیدنی، فاضلاب، مواد زائد، هوا و کنترل آلودگی‌های صوتی و ایمنی شیمیایی.
- فراهم نمودن و توسعه محیط‌های حمایت کننده سلامت جسمی، روانی و اجتماعی.
- ترویج رویکرد جنسیتی در برنامه‌ریزی و سیاست گذاری به منظور ارتقای سطح سلامت جامعه.
- مداخله نظام مند در کلیه سطوح پیشگیری از بیماری‌ها و عوامل خطر ساز فردی و اجتماعی.
- توجه به گروه‌های سنی، جنسی و شغلی آسیب پذیر.
- . -
- تأکید بر واگذاری ارائه خدمات سلامت بخش غیردولتی، با بهره‌گیری از نظام مناسب خرید خدمت، به منظور افزایش کارایی و بهبود مستمر کیفیت خدمات و در جهت افزایش پاسخگویی.
- تفکیک فرایندهای سیاست‌گذاری، اجرا، نظارت، ارزشیابی و تقویت ساز و کارهای حاکمیتی در ابعاد آموزشی، پژوهشی و خدمات سلامت.
- افزایش مشارکت سایر بخش‌های توسعه با محوریت ارتقای سلامت جامعه، در راستای انجام



مأموریت‌های محوله خود.

● طراحی و عملیاتی‌سازی نظام جامع اطلاعات در بخش سلامت.

. -

● پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت برای آحاد جمعیت مقیم (موقت و دائم)، در پهنه جغرافیای کشور.

● ساماندهی نظام ارائه خدمات (سطح‌بندی، نظام ارجاع و ...)، براساس اختصاص بهینه منابع، برای جمعیت تعریف شده و برای تأمین خدمات سطح‌بندی شده.

● توزیع عادلانه منابع، براساس مخاطرات و سطح سلامتی مناطق جغرافیایی و گروه‌های مختلف اجتماعی کشور.

● تأکید بر نیازسنجی علمی، به عنوان مبنای اصلی تعیین کمیت و کیفیت منابع مورد نیاز بخش سلامت.

. -

● افزایش سهم دولت در تأمین منابع مالی بخش سلامت.

● افزایش نقش نظام بیمه‌ای در مدیریت منابع بخش سلامت و مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع، براساس سطح درآمد و مستقل از خطر بیماری و هماهنگی بیمه‌های تجاری، مازاد و مکمل درمانی با سیاست‌های بخش سلامت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

● افزایش مشارکت بخش‌های توسعه، در تأمین منابع مالی بخش سلامت، متناسب با مخاطرات سلامتی ناشی از عملکرد آنان.

● حضور فعال در بازارهای جهانی خدمات سلامت و پزشکی، به منظور فعلیت بخشیدن به توانایی‌های بالقوه نظام سلامتی کشور و تبدیل جمهوری اسلامی ایران، به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه.

● توجه به بهره‌وری و ارتقای کارایی عملکرد منابع بخش سلامت.

● ایجاد و تقویت سازوکارهای ضروری، جهت بررسی فناوری‌ها و مداخلات تشخیصی و درمانی جدید.

. -

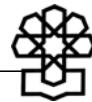
● توجه به تحقق امنیت غذایی و سلامت تغذیه‌ای جامعه در سیاست‌های کلان اقتصادی.

● افزایش رشد کمی و ارتقای کیفی تولیدات کشاورزی، به منظور تأمین سبد مطلوب غذایی در راستای توسعه پایدار.

● هدفمند نمودن یارانه‌ها به منظور دستیابی به سبد مطلوب غذایی.

● ارتقای سلامت و ایمنی مواد غذایی، در کلیه مراحل از تولید تا مصرف.

● حفاظت از منابع آب و خاک و بهره‌برداری مناسب از آنها در جهت تأمین مواد غذایی.

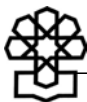


- ارتقای فرهنگ، دانش غذا و تغذیه در کشور.
- پیشگیری، تأمین و کنترل ریزمغذی‌ها.
- پایش مستمر امنیت غذا و تغذیه در کشور.
- گسترش نظام جامع کاهش ضایعات مواد غذایی (تولید، فرآوری، توزیع و بازیافت).

- ارتقای آگاهی‌های زیست محیطی، با تأکید بر گروه‌های اولویت‌دار.
- افزایش مشارکت مردمی و مشارکت دستگاه‌های مختلف.

- ترویج آموزه‌های مربوط به فلسفه و علم مدیریت استراتژیک (در ابعاد تفکر، طرح و برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی) در میان مدیران و کارشناسان ارشد کشور.
- بازنگری در نظام‌های مدیریتی، ساختارهای سازمانی، فرایندهای اصولی و فرهنگ و ارزش‌های سازمانی دستگاه‌ها، برای پذیرش و به‌کارگیری رویکرد مدیریت استراتژیک، در مدیریت امور.
- طراحی و استقرار سامانه ارزیابی استراتژیک در مدیریت دولت، برای سنجش میزان اثربخشی تصمیمات و اقدام‌های دولت، و ایجاد فرصت مقایسه عملکرد دولت، در همه بخش‌ها و با سایر دولت‌ها، بر اساس شاخص‌های بین‌المللی.
- نظم بخشیدن به مدیریت و فرایند ساخت‌آفرینی و تأسیس و تشکیل دستگاه‌های دولتی و توسعه و تشکیلات دولت، با محوریت رئیس‌جمهور و هیأت وزیران.
- نوسازی، اصلاح و توسعه نظام تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری در مدیریت دولت و بازنگری در مراجع و نهادهای جمعی تصمیم‌گیری موجود، بر پرتو اصل کارآمدی نظام‌های تصمیم‌گیری (تصمیمات مبتنی بر اطلاعات، عینیات و تعهدات شفاف).

- تبیین کارکردهای نوین مورد انتظار، از سطوح مختلف مدیران دولتی و پرورش مدیران تراز این کارکردها و انتظارت.
- اعطای اختیارات لازم متناسب با مسئولیت‌های محول و کارکردها و نقش‌های مورد انتظار و اتخاذ تدابیر حمایتی لازم، برای حمایت از مدیران خلاق، مبتکر، کارآفرین و خدمتگزار.
- ایجاد و توسعه نگاه حرفه‌ای و تخصصی، به امر مدیریت و توجه سازمان یافته به امور حرفه‌ای، معنوی و مادی مدیران در کشور.
- تعیین استانداردهای اجرای کارکردهای مدیریتی مورد انتظار و استقرار نظام جذب، استخدام و



- پرورش توسعه مدیران تراز کارکردها و مقتضیات و نیازهای زمان.
- اتخاذ تدابیر و ایجاد سازوکارهای لازم، برای افزایش ارزش دانشگرایی و روزآمدی دانش و معلومات حرفه‌ای مدیران و کارکنان در دولت.
  - ایجاد سامانه‌ها و مدیریت مؤثر دانش غیر مدون و تجربی مدیریت در دولت، مشتمل بر شناخت تجربیات موفق، مستندسازی آن‌ها، سازماندهی، ذخیره و راه‌های انتقال و برخورداری از آن، در توسعه مدیریت دولت.
  - تعیین عناصر شایستگی و توسعه نظام و گسترش دامنه شایسته‌یابی در مدیریت دولت و استقرار نظام ارزیابی عملکرد مدیران و تأثیر نتایج آن در تداوم خدمت آنان.
  - ایجاد و توسعه فکر، سامانه‌ها، روش‌ها و ضوابط جذب، توسعه، نگهداری و بهره‌گیری از برترین سرمایه‌های انسانی و فکری در دولت و مدیریت آن.

- .

- دستیابی به اصول، الگوها، نظام‌ها و روش‌های لازم برای تحقق امر پاسخگویی و پذیرش ستایش‌ها و سرزنش‌های متناسب با تصمیمات و اقدامات مدیران و کارکنان در دولت.
- تعیین حد بهینه‌ای از تمرکز و عدم تمرکز اداری در اداره امور و اعطای اختیارات لازم به مدیران در هر سطح و محل در راستای افزایش امکان پاسخگویی مستقیم و مدیریتی به مردم و جوابگویی به مراجع ذی‌صلاح.
- ایجاد سازوکارهای فرهنگی، حقوقی و اجرایی لازم برای استقرار تفکر و رویکرد شهروندمداری و رضایت مردم در ارائه خدمات عمومی و نهادینه کردن نتیجه قضاوت مردم در سرنوشت کارگزاران دولت.
- توسعه فرهنگ و افزایش امکان عمل به اصل اعتماد به مردم در اخذ تصمیمات و انجام امور به جای برخورد دیوانسالارانه و توسل به کاغذبازی با رعایت اصل مسئولیت و پاسخگویی و رعایت ضوابط و مقررات.
- اتخاذ تدابیر، تنظیم الگو و سامانه‌ها و روش‌های لازم برای تأمین سلامت اداری و اجرایی و افزایش ریسک و هزینه‌های اقدام مجرمانه و انجام عمل خلاف در سازمان‌ها و حوزه‌های مدیریت دولت.

- .

- دستیابی به الگویی از عدم تمرکز و توزیع اختیار که با اجرای آن، اختیارات ذاتی به مدیران در مناطق و استان‌ها منتقل گردد و کارآمدی مدیریتی دولت با حفظ یگانگی و یکپارچگی آن در شرایط ناهمگونی مناطق و گروه‌های جامعه، ارتقا یابد.
- دستیابی به الگوها و روش‌های مناسب مدیریت مشارکت به عنوان شکل برتر اداره امور.
- طرح و تحقیق رویکرد گسترش همکاری دولت با سازمان‌های غیردولتی و سایر بخش‌های جامعه مدنی برای افزایش کارآمدی مدیریت دولت در مواجهه با چالش‌ها و استفاده از فرصت‌ها و منابع ملی.



- افزایش اختیارات همراه با تقویت ابعاد پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری در مدیریت توسعه استان.
- تأکید بر فرایندهای ارزشیابی و نظارت بر روند تمرکززدایی.
- حمایت از ایجاد و گسترش تشکلهای غیر دولتی و نهادهای مدنی و روند خصوصی‌سازی در استان‌ها.

● واگذاری سهم بیش‌تری از وظایف و اختیارات عمرانی و جاری ملی به استان‌ها.

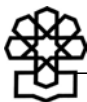
- تقسیم کشور به حوزه‌های برنامه‌ریزی، جهت اجرای طرح‌های سرمایه‌گذاری فرا استانی.
- تفکیک وظایف دولت به سطوح فرا استانی، استانی و محلی.

- واگذاری بخشی از وظایف سیاستگذاری و برنامه‌ریزی استانی، در چارچوب قانون شوراهای اسلامی به سطوح محلی (شهرستانی).

- تدوین الگوی توسعه منطقه‌ای جهت توزیع بهینه فضایی سرمایه‌گذاری‌ها (با تأکید به بخش خصوصی) در استان‌ها.
- مدیریت و کنترل زمینه‌های عدم تعادل در فرایند توسعه استانی.
- تهیه و تنظیم اسناد توسعه میان‌مدت استان (هر استان یک سند).

- استمرار نقش دولت در توسعه زیربناها، خدمات اجتماعی و ایجاد زمینه‌های انگیزشی لازم برای بخش خصوصی در مناطق کم‌تر توسعه یافته و تقویت نقش و حضور بخش عمومی غیردولتی و بخش خصوصی و مردمی در استان‌های توسعه یافته.

قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ جامع‌ترین قانون کشور در زمینه بیمه‌های درمان است که در ذیل به برخی از مواد آن اشاره می‌گردد.



( )

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

( )

کلیه شرکت‌های بیمه مجازند براساس موازین این قانون و با رعایت حق سرانه مصوب در امور بیمه خدمات درمانی گروه‌های مختلف همکاری، مشارکت و فعالیت نمایند.

- کلیه شرکت‌های بیمه علاوه بر فعالیت در بیمه خدمات درمانی مجازند در امور بیمه‌های مضاعف (مکمل) براساس موازین قانونی خود از طریق عقد قراردادهای تکمیلی (خاص) و مطابق این قانون همکاری مشارکت و فعالیت نمایند.

( )

تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی براساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

( )

حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه‌های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه‌شوندگان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه‌های بیمه شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

- مابه‌التفاوت سهم درمان مشمولین قانون تأمین اجتماعی تا حق سرانه موضوع این ماده همه ساله در بودجه کل کشور منظور و به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت خواهد شد.

( )

حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان‌های بیمه گر قرار می‌گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) می‌باشد به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی و تصویب هیأت وزیران تعیین و اعلام می‌شود.





( )

تأمین خدمات بهداشتی که از طریق شبکه بهداشتی و درمانی تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌شود همچنان رایگان است.

- همه ساله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فهرست این‌گونه خدمات و اسامی و مشخصات داروها و ملزومات مصرفی رایگان در برنامه‌های استراتژیک بهداشتی را تعیین و اعلام می‌کند.

( )

ارائه خدمات درمانی به روستاییان از طریق شبکه‌های بهداشتی، درمانی و سیستم ارجاع بوده و میزان حق بیمه سرانه خدمات درمانی روستاییان در شروع برنامه معادل ۴۰ درصد حق سرانه تعیین شده شهرنشینان خواهد بود.

به منظور حمایت از روستاییان و تعمیم بیمه خدمات درمانی در جوامع روستایی و عشایری، دولت موظف است بخشی از هزینه سرانه بیمه خدمات درمانی روستاییان بیمه شده را تقبل و از محل بودجه عمومی تأمین و به صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه سالانه منظور و براساس موافقتنامه شرح فعالیت‌های جاری جهت حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد مشمول این ماده و انعقاد قرارداد با سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه‌گر به مصرف برساند.

( )

کلیه بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبت‌های پزشکی لازم براساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.

- .

براساس این قانون که در تاریخ ۱۳۸۳/۲/۲۱ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید تکالیفی در زمینه بیمه‌ای و حمایتی بر عهده دولت نهاده شد که برخی از آن‌ها در ذیل آورده شده است:

براساس ( ) این قانون اهداف و وظایف حوزه بیمه‌ای به شرح زیر می‌باشد:

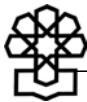
الف) گسترش نظام بیمه‌ای و تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه با اولویت دادن به بیمه‌های مبتنی بر بازار کار و اشتغال،

ب) ایجاد هماهنگی و انسجام بین بخش‌های مختلف بیمه‌های اجتماعی و درمانی،

ج) اجرای طرح بیمه اجباری مزدبگیران،

د) تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای مورد نیاز از قبیل بیمه حرف و مشاغل آزاد (خویش‌فرمایان و

شاغل غیردائم)، بیمه روستاییان و عشایر، بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده و خودسرپرست و بیمه خاص حمایت از کودکان،



ه) گسترش بیمه‌های خاص جبران خسارات ناشی از حوادث طبیعی از قبیل سیل، خشکسالی، زلزله و طوفان،

و) پشتیبانی حقوقی از بیمه‌های تکمیلی،

ز) نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه‌ای،

ح) پیگیری اصلاح اساسنامه‌های شرکت‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای به نحوی که اصل نگاهداری برای شرکت‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای لحاظ شود،

ط) نظارت بر تعادل منابع و مصارف صندوق‌ها براساس علم محاسبات بیمه‌ای،

ی) اطلاع‌رسانی در خصوص خدمات بیمه‌ای.

« » هر صندوق بیمه‌ای می‌تواند در یکی از دو حوزه بیمه اجتماعی و درمانی یا در هر دو فعالیت نماید.

« » دولت مکلف است ظرف مدت دو سال از تاریخ ابلاغ این قانون، امکان تحت پوشش بیمه قرار گرفتن اقشار مختلف جامعه از جمله روستاییان، عشایر و شاغلین فصلی را فراهم نماید.

« » تعهدات قبلی سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر به افراد تحت پوشش مشروط بر آن‌که فقط در یک سازمان یا صندوق عضویت داشته‌اند کماکان به قوت خود باقی است و مازاد بر آن در صورت تأمین منابع و بار مالی لازم از سوی این نظام برقرار خواهد شد.

براساس ( ) اصول و سیاست‌های ساختاری نظام جامع تأمین اجتماعی به شرح زیر می‌باشد:

الف) هماهنگی در حوزه‌ها: ساماندهی و هماهنگی فعالیت‌ها و خدمات در هر یک از حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی در جهت افزایش کارآمدی و پوشش کامل‌تر فعالیت دستگاه‌ها، به نحوی که از همپوشانی و تداخل فعالیت آنها جلوگیری گردد.

ب) هماهنگی بین حوزه‌ها: هماهنگی بین حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی با محور بودن نظام بیمه‌ای صورت می‌گیرد.

ج) هماهنگی بین فعالیت‌های پیشگیرانه و فعالیت‌های اجرایی در سایر بخش‌های اثرگذار بر تأمین اجتماعی.

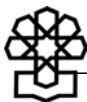
د) مشارکت بخش‌های غیردولتی: نظام تأمین اجتماعی بر اصل مشارکت در سطوح سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی استوار است به نحوی که دستگاه‌ها و سازمان‌های غیردولتی به روش‌های تعریف شده امکان مشارکت داشته باشند. این مشارکت خدمت‌گیرندگان متشکل و سازمان یافته از قبیل سازمان‌ها و نهادهای غیردولتی را نیز شامل می‌شود. این مشارکت به معنای رفع مسئولیت از دولت نیست و در هر حال دولت مسئولیت تأمین اجتماعی را به عهده دارد.

ه) کمک‌های داوطلبانه مردمی جهت تأمین منابع مالی توسط نهادها، مؤسسات، سازمان‌ها و شرکت‌های غیردولتی و عمومی نظام تأمین اجتماعی مجاز است مشروط بر آن‌که این امر طبق آیین‌نامه مصوب هیأت وزیران صورت گرفته و امکان نظارت نظام تأمین اجتماعی فراهم باشد.

و) بهینه‌سازی: بهینه‌سازی فعالیت‌ها بر سه سیاست زیر استوار است:



۱. تخصصی کردن فعالیت‌ها بر حسب نوع خدمات،
  ۲. تخصصی کردن فعالیت‌ها بر حسب گیرندگان خدمات،
  ۳. تخصصی کردن فعالیت‌ها بر حسب سطح خدمات (همگانی یا مکمل)،
- (ز) تمرکز و تمرکززدایی: این اصل بر سیاست‌های زیر تأکید دارد:
۱. برنامه‌ریزی، سیاستگذاری، نظارت ارزشیابی و توزیع منابع عمومی به صورت متمرکز و توسط دولت انجام می‌شود،
  ۲. امور اجرایی و کارگزاری به صورت غیرمتمرکز صورت می‌گیرد.
  ۳. دخالت دولت در سطح فعالیت‌های اجرایی و کارگزاری تأمین اجتماعی در مواردی صورت می‌گیرد که میزان فعالیت مؤسسات غیردولتی کفایت لازم برای ارائه خدمات را ننماید یا برای تنظیم بازار خدمات تأمین اجتماعی و جبران نقص بازار دخالت دولت لازم باشد.
  ۴. دخالت دادن شرایط منطقه‌ای در برنامه‌ریزی.
- (ح) نظارت بر هر دو بخش دولتی و غیردولتی مرتبط با نظام جامع تأمین اجتماعی: این نظارت براساس مفاد این قانون، معیارهای مندرج در اساسنامه آن‌ها، قراردادهای و توافقنامه‌های مبادله شده صورت می‌گیرد.
- (ط) رقابت‌پذیری: اعمال اصل رقابت‌پذیری در سطوح اجرایی و کارگزاری نظام به منظور گسترش فضای رقابتی و بسط مزیت‌های زیر:
۱. کلیه سطوح بیمه‌ای نظام تأمین اجتماعی به گونه‌ای طراحی و تنظیم گردند که امکان رقابت در آن وجود داشته باشد.
  ۲. برای بیمه شوندگان امکان انتخاب مؤسسه بیمه‌گذار فراهم شود.
  ۳. به منظور حصول اطمینان از وجود فضای سالم رقابتی و عدم عرضه انحصاری یا نیمه انحصاری، دولت اجازه کنترل و اقدام ضد انحصار را براساس قوانین موضوعه خواهد داشت.
- (ی) نحوه مشارکت مالی:
۱. بهره‌مندی صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی بابت هر عضو از محل منابع عمومی به صورت سرانه برابر خواهد بود، این امر مانع حمایت دولت از اقشار ضعیف جامعه نمی‌باشد.
  ۲. درصد مشارکت و سهم پرداختی کارفرما نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود.
  ۳. درصد مشارکت و سهم پرداختی بیمه شده نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود.
- (ک) نحوه جابه‌جایی: جابه‌جایی بیمه‌شدگان بین صندوق‌های بیمه همگانی به صورت انفرادی یا گروهی براساس آیین‌نامه مصوب هیأت وزیران مجاز خواهد بود.
- (ل) سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های فعال در قلمرو بیمه‌ای نظام، دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری بوده و طبق ضوابط و مقررات مورد عمل خود، در چارچوب این نظام فعالیت



می‌نمایند.

بر اساس ( ) این قانون هرگونه استفاده از منابع نظام تأمین اجتماعی اعم از منابع عمومی و یارانه‌ها در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی برای دستگاه‌های اجرایی دولتی، عمومی، صندوق‌ها و نهادهای غیردولتی، خارج از قلمرو این نظام تحت هر عنوان و برای هر منظور ممنوع است و استفاده از این منابع مستلزم پذیرش نظارت و راهبری کلان وزارت رفاه و تأمین اجتماعی است و خط‌مشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه‌های امور بهداشتی، درمانی، سطح‌بندی خدمات درمانی و سامانه ارجاع برای وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و قلمروهای آن لازم‌الاجراء می‌باشد.

. -

رضایت‌مندی بیماران، یکی از مشخصه‌های اثربخشی خدمات بیمارستان محسوب می‌شود. لازمه دستیابی به رضایت‌مندی بیماران، رعایت حقوق آن‌هاست

تدوین گردیده به عنوان سندی رسمی بیانگر حقوق بیماران است. از این رو ضروری است که در تدوین سیاست‌های سلامت مد نظر قرار گیرد. ده ماده این منشور عبارت است از:

۱. بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، مؤثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.

۲. بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد.

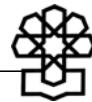
۳. بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً یا در صورت تمایل از طریق یکی از وابستگان از پزشک معالج درخواست نماید به طوری که در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی بیمار گردد.

۴. بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی یا کاربرد سایر روش‌ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید.

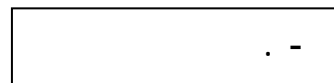
۵. بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود از خاتمه درمان را اعلام یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.

۶. بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می‌گیرد اطمینان حاصل نماید.

۷. بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موقوف به کسب اجازه بیمار خواهد بود.



۸. بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.
۹. بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او مؤثرند تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه همکاری خودداری نماید.
۱۰. بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه‌ها و پوشش بیمه‌های خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع گردد.



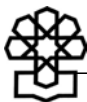
علاوه بر قوانین داخلی در عرصه بین‌المللی نیز ایران تعهداتی را در جهت ارتقای سلامت جامعه پذیرفته است. در سپتامبر سال ۲۰۰۰ میلادی ۱۹۱ عضو سازمان ملل متحد در اجلاس هزاره که بزرگترین گردهمایی رهبران جهانی بوده شرکت نموده و اعلامیه‌ای تحت عنوان اعلامیه هزاره به تصویب رساندند.

این اعلامیه طی ماه‌ها گفتگو در آستانه ورود جهان به هزاره سوم با توجه به گزارش‌های منطقه‌ای و نشست هزاره و کنفرانس‌های جهانی در دهه ۹۰ تدوین گردید. وقتی ادبیات موضوع را به دقت مرور می‌کنیم درمی‌یابیم که اعلامیه هزاره سعی دارد تا تعریف نوینی از توسعه پایدار به دست دهد. اگر تا این زمان نگرش سنتی توسعه پایدار را به عنوان ملاحظات زیست محیطی ملازم با توسعه اقتصادی معرفی می‌کرد در نگرش نوین الزامات فراگیر توسعه پایدار به حوزه‌های اجتماعی نیز گسترش یافته است.

براساس فرضیه‌های نوین توسعه پایدار بین‌المللی، چنانچه ملاحظات زیست محیطی و مهم‌تر از آن رفع فقر و شکاف طبقاتی و حصول عدالت اجتماعی در سیاست‌های ملی و فرا ملی لحاظ نشوند دستیابی به آرمان‌های توسعه‌ای به شکل جامع و پایدار ممکن نخواهد بود.

رویکرد نوین به مفهوم توسعه پایدار بین‌المللی منجر به تکوین و تدوین اعلامیه هزاره سازمان ملل متحد شد. براساس اعلامیه هزاره، هشت هدف توسعه هزاره کشورها را موظف می‌سازد برای مبارزه با فقر، بی‌سوادی، گرسنگی، عدم دسترسی به امکانات آموزش و پرورش، نابرابری جنسیتی، مرگ و میر کودکان و مادران، بیماری و نابودی محیط زیست دست به دست هم دهند و فعال‌تر و هماهنگ‌تر از سابق تلاش کنند. هدف هشتم از اهداف هشت گانه توسعه هزاره که در نشست مونترئی و ژوهانسبورگ مجدداً مورد تأکید قرار گرفت از کشورهای صنعتی و ثروتمند می‌خواهد تا بدهی کشورهای فقیر را ببخشند، کمک به آنها را افزایش دهند و امکان دسترسی عادلانه آنها به بازارها و فناوری خود را فراهم کنند.

در واقع هدف‌های توسعه هزاره آزمونی برای اراده سیاسی به منظور ایجاد مشارکت‌های وسیع‌تر و عمیق‌تر است. کشورهای در حال توسعه مسئولیت دارند برای آزادسازی انرژی‌های



خلاق مردم اصلاحات سیاسی به عمل آورند و حکومت را تقویت کنند. اما نمی‌توانند به تنهایی و بودن تعهدات جدید برای کمک، مقررات تجاری برابر و بخشیدن و کاهش بدهی‌ها به این مهم دست یابند. اهداف توسعه هزاره وسیله‌ای برای سرعت بخشیدن به آهنگ توسعه و سنجش نتایج در اختیار جهانیان می‌گذارد.

لازم به ذکر است که کلیه کشورهای جهان و از جمله جمهوری اسلامی ایران سند مزبور را امضاء نموده و متعهد گردیده‌اند که اهداف فوق را در سرلوحه اقدامات و برنامه‌های ملی خود قرار داده و نهایت تلاش و کوشش خود را در رسیدن به اهداف به عمل آورند. متعاقب اعلامیه هزاره در کنفرانس بین‌المللی تأمین سرمایه برای توسعه در مونتری مکزیک که در اوایل سال ۲۰۰۲ میلادی برگزار گردید، شماری از رهبران کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه شروع به هماهنگ سازی این تعهدات با منابع خود نمودند.

چنانچه اشاره شد اهداف توسعه هزاره هشت هدف به شرح زیر هستند. برای نیل به اهداف توسعه هزاره و پیش و ارزیابی سیاست‌ها یک برنامه زمان‌بندی و فرجه زمانی توافق شده که پایان آن سال ۲۰۱۵ میلادی می‌باشد.

هدف برای سال ۲۰۱۵- به نصف رساندن نسبت افرادی که با روزی کمتر از یک دلار زندگی می‌کنند و کسانی که از گرسنگی رنج می‌برند.

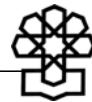
هدف برای سال ۲۰۱۵- تضمین این‌که همه پسران و دختران دوره آموزش ابتدایی را تکمیل کنند.

هدف‌ها برای سال ۲۰۰۵ و ۲۰۱۵- حذف نابرابری‌های جنسیتی در آموزش ابتدایی و متوسطه ترجیحاً تا سال ۲۰۰۵ و در تمامی سطوح تا سال ۲۰۱۵».

هدف برای سال ۲۰۱۵- کاهش دو سوم میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال.

هدف برای سال ۲۰۱۵- کاهش سه چهارم نسبت زنانی که هنگام زایمان می‌میرند.

هدف برای سال ۲۰۱۵- متوقف کردن گسترش ویروس بیماری ایدز و شیوع مالاریا و سایر بیماری‌های عمده و شروع کاهش رشد آن.



- ادغام و گنجاندن اصول توسعه پایدار در سیاست‌ها و برنامه‌های کشوری و جلوگیری از تخریب محیط زیست.
- کاهش نسبت افراد محروم از دسترسی به آب آشامیدنی سالم به نصف تا سال ۲۰۱۵
- بهبود چشمگیر زندگی حداقل صد میلیون زاغه‌نشین تا سال ۲۰۲۰

ایجاد نظام تجاری و مالی بازتر با تعهد نسبت به ایجاد حکومت مطلوب، توسعه و کاهش فقر در سطح ملی و بین‌المللی رسیدگی به نیازهای ویژه کشورهای کم‌تر توسعه‌یافته و نیازهای خاص کشورهای محصور در خشکی و کشورهای کوچک جزیره‌ای در حال توسعه.

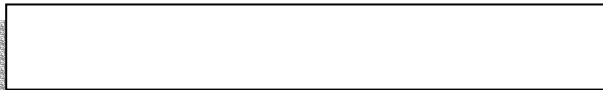
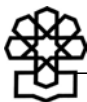
رسیدگی کامل و همه‌جانبه به مسائل مربوط به بدهی کشورهای در حال توسعه.

ایجاد اشتغال شرافتمندانه و مولد برای جوانان.

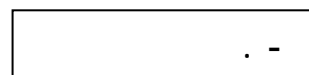
تأمین دسترسی به داروهای حیاتی با قیمت مناسب در کشورهای در حال توسعه با همکاری و مساعدت شرکت‌های داروسازی.

ایجاد امکان بهره‌گیری از فناوری‌های جدید به ویژه فناوری اطلاعات و ارتباطات با همکاری بخش خصوصی.

جمهوری اسلامی ایران به عنوان یکی از کشورهای عضو و امضاکننده بیانیه هزاره اولین گزارش ملی اهداف توسعه هزاره را در نوامبر ۲۰۰۴ به صورت رسمی منتشر نمود (مرجع ۷). در این گزارش ملی علاوه بر فصولی که به طور مستقیم به شاخص‌ها و شرایط کشور در جهت دستیابی به اهداف خاص بهداشت و درمان در فهرست اهداف توسعه هزاره پرداخته شده است، در بخش «چالش‌های عمده و همکاری در جهت توسعه» به موضوع تشدید فقر<sup>۱</sup> به دلیل فقدان نظام‌های بیمه درمان و پرداخت از جیب هزینه‌های بهداشت و درمان توسط خانوارهای کم درآمد به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی سیاست‌های فقر زدایی ملی به صراحت اشاره شده و در این ارتباط نظام سلامت را ملزم به مهار این پدیده نموده است.



وضع موجود نظام سلامت از چند دیدگاه قابل بررسی است که در این بخش سه موضوع اصلی بهداشت، درمان (خدمات بالینی) و علل مرگومیر و بار بیماری‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد. سپس به بررسی نقاط ضعف و قوت نظام سلامت پرداخته می‌شود. لازم به ذکر است که دو مقوله آموزش پزشکی و دارو به دلیل اهمیت و جایگاه ویژه‌ای که در نظام سلامت دارا هستند در فصول جداگانه‌ای مورد بررسی قرار می‌گیرد.



خدمات بهداشتی از محل منابع عمومی از طریق شبکه گسترده بهداشت و درمان کشور مشتمل بر ۱۷۳۶۲ خانه بهداشت، ۲۳۰۷ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۲۱۸۹ مرکز بهداشتی درمانی شهری فراهم می‌شود. شبکه موجود در سال‌هایی که بیماری‌های واگیردار عامل بیش‌ترین مرگومیر در کشور بود، به گونه‌ای کارآمد عمل می‌کرد، به طوری که هم اکنون بسیاری از شاخص‌های بهداشتی از وضعیت نسبتاً خوبی برخوردار است که در زیر به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

- نرخ رشد جمعیت: ۱/۲ درصد در سال،
- دسترسی به آب آشامیدنی سالم: ۹۴ درصد جمعیت،
- نرخ ایمن‌سازی (واکسیناسیون) کودکان زیر یک‌سال: ۹۵ درصد،
- نرخ مولید خام: ۱/۵ درصد،
- نرخ مرگ خام: ۵ در هزار،
- امید به زندگی در بدو تولد: ۶۸ سال برای مردان، ۷۱ سال برای زنان،
- امید زندگی توأم با سلامتی<sup>۱</sup>: ۵۴ سال،
- میزان مرگ کودکان زیر پنج سال: ۳۵ در هزار
- کنترل بیماری‌ها، ریشه‌کنی بیماری پیوک، حذف بیماری‌های کزاز نوزادی و جذام، کنترل بیماری سرخک، دیفتری، مالاریا و سل انجام شده است و در مورد بیماری مالاریا و سل انجام شده است و در مورد بیماری مالاریا در ۳ درصد جمعیت کشور مشکل باقی است که ۹۰ درصد موارد جدید از کشورهای افغانستان و پاکستان وارد شده است.
- با اجرای برنامه کنترل تالاسمی از سال ۱۳۷۶ در کشور تعداد موارد جدید تالاسمی مازور از ۱۲۰۰ مورد به ۸۶۰ مورد در سال ۱۳۷۹ رسیده است.

1. HALE= Health Adjusted Life Expectancy





. -

منظور از خدمات بالینی مجموعه اقداماتی است که در جهت تشخیص، مراقبت، اداره، درمان و بازتوانی بیماران انجام می‌گیرد. رسالت خدمات بالینی عبارت است از تأمین موجبات دسترسی پایدار، عادلانه و بهنگام آحاد جامعه به خدمات تشخیصی، درمانی و بازتوانی مناسب به منظور حفظ، اعاده و ارتقای سلامت افراد جامعه.

در حال حاضر در کشور ۷۳۸ بیمارستان فعال وجود دارد (۶۱۶ مرکز دولتی و ۱۲۲ بیمارستان بخش خصوصی). در این بیمارستان‌ها ۱۱۲۵۹۰ تخت وجود دارد که ۱۲۲۰۴ تخت در بخش خصوصی و ۱۰۰۳۸۶ تخت در بخش دولتی واقع شده است. ضمناً ۷۳۴۵ مرکز بهداشتی درمانی (شامل کلینیک، پلی کلینیک درمانگاه) در کشور مشغول فعالیت است که حدود ۵۰۰ مرکز به طور خصوصی اداره می‌شوند. در مجموع در کشور ۶۳۸۰ داروخانه، ۴۱۲۶ آزمایشگاه، ۲۰۴۶ مرکز رادیولوژی مشغول به فعالیت هستند.

اما متأسفانه در حال حاضر مراکز درمانی ما فاقد کارایی است ضریب اشغال تخت در مراکز درمانی زیر ۵۰ درصد بوده و درمان سرپایی نیز با مشکلات بسیاری مواجه است این مسائل در مجموع ارائه خدمات بالینی را با مشکل مواجه نموده است.

. -

در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۲ توسط آقای دکتر نقوی و همکاران در دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده و نتایج آن رسماً در حال انتشار است، برآورد می‌شود که در سال ۱۳۸۲ ده علت مرگ براساس تعداد به وقوع پیوسته در کشور عبارتند از:

۱. سکته قلبی ۷۲۱۵۸ مورد
۲. حوادث ترافیکی ۳۱۸۰۲ مورد
۳. مرگ به علت بلایا و حوادث غیرمترقبه ۳۰۰۳۲ مورد
۴. سکته مغزی و سایر حوادث عروقی مغز ۲۹۹۸۷ مورد
۵. فشار خون و عوارض آن ۱۱۰۶۶ مورد
۶. سرطان معده ۷۶۴۴ مورد
۷. مرگ ناشی از طول حاملگی و رشد جنین ۴۹۷۱ مورد
۸. دیابت ۴۹۲۳ مورد
۹. بیماری قلبی ریوی ۴۵۹۶ مورد
۱۰. آسم ۴۳۲۶ مورد

همچنین برآورد می‌شود که در سال ۱۳۸۲ ده علت اول از بین برنده عمر و مقدار عمری که از بین برده اند عبارتند از:



۱. مرگ به علت بلایا و حوادث غیر مترقبه ۸۹۸۹۵۴ سال
۲. حوادث ترافیکی ۸۲۸۸۶۴ سال
۳. سکته قلبی ۶۱۷۶۰۰ سال
۴. سکته مغزی و سایر حوادث عروقی مغز ۲۲۲۷۳۴ سال
۵. ناشی از طول حاملگی و رشد جنین ۱۶۴۲۳۳ سال
۶. سوختن با دود، شعله و مواد داغ ۱۰۴۲۷۷ سال
۷. اختلال تنفسی و عروقی در نوزاد ۷۷۷۲۰ سال
۸. فشار خون و عوارض آن ۷۷۱۴۸ سال
۹. سرطان معده ۷۵۵۲۷ سال
۱۰. غرق شدن در آب ۶۰۸۱۱ سال

همچنین برآورد می‌شود که ده علت بار بیماری‌ها (عمر هدر رفته ناشی از مرگ زودرس و عمر سپری شده توام با ناتوانی) عبارتند از:

۱. حوادث ترافیکی ۱۷٪ از بار بیماریها
۲. بیماری‌های ایسکمیک عضله قلب ۹٪ از بار بیماریها
۳. افسردگی ۶٪ از بار بیماریها
۴. استئوآرتریت ۵٪ از بار بیماریها
۵. دیابت ۴٪ از بار بیماریها
۶. حوادث عروقی و سکته مغزی ۴٪ از بار بیماریها
۷. سقوط ۴٪ از بار بیماریها
۸. تولد زودرس و کمبود وزن تولد ۴٪ از بار بیماریها
۹. اعتیاد و سوء مصرف مواد ۳٪ از بار بیماریها
۱۰. اختلالات سایکوتیک ۲٪ از بار بیماریها

نکته مهم دیگر این‌که، از مرگ نوزادان که مهم‌ترین علت آن «تولد زود هنگام»<sup>۱</sup> که بگذریم مهم‌ترین علت مرگ کودکان یک ماهه تا ۵۹ ماهه حوادث و سوانح است. لذا با توجه به موارد فوق مهم‌ترین عوامل تهدید کننده سلامتی در کشور ما عبارتند از:

۱. حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی شامل: حوادث ترافیکی، سقوط، سوختگی، خودکشی و اقدام به آن، نزاع و قتل.
۲. بیماری‌های قلبی و عروقی شامل: بیماری‌های ایسکمیک عضله قلب، سکته مغزی و حوادث عروقی مغز، فشار خون و عوارض آن.
۳. سرطان‌ها از جمله: سرطان معده، سرطان ریه، سرطان مری، سرطان پستان.
۴. مشکلات حین تولد از جمله تولد زود هنگام.



۵. بیماری‌های دستگاه تنفسی از جمله بیماری‌های قلبی ریوی.

. -

مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد سیستم‌های سلامت در جهان با پنج چالش عمده مواجه هستند و عدم پرداختن به آن‌ها سیستم سلامت را با مشکلی جدی مواجه خواهد کرد. این چالش‌ها عبارتند از:

( : ویروس HIV و ایدز پاندمی جهانی بوده و تنها بیماری مهمی است که چالش جهانی را برانگیخته است و در کشورهای آفریقایی، برخی کشورهای اسپانیایی و امریکای لاتین مشکلی جدی است. این بیماری اگرچه در ایران شیوع کمتری دارد ولی با توجه به تغییر رفتار، باز بودن مرزها و ناکارآمدی روش‌های جاری مقابله خطر افزایش آن جدی است.

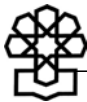
( : در بیش‌تر کشورها نرخ وابستگی بسیار بالا رفته است (وابستگی: نسبت بین سالمندان بالای ۶۵ سال به افراد در سن اشتغال ۱۵-۶۴ ساله) در کشورهای صنعتی این امر در آلمان بارزتر است. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ در این کشور به ازای هر ۱۰۰ نفر شاغل ۴۲ نفر سالمند وجود داشته باشد (این رقم هم اکنون ۲۶ است) به هر حال اگرچه کشورها با هم تفاوت دارند پیش‌بینی می‌شود در بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰ نرخ وابستگی در کشورها دو برابر شود. در ایران نیز نرخ موالید تدریجاً در حال کاهش و سالمندی رو به افزایش است.

( : از سال ۱۹۶۰ تعداد این خانوارها در کشورهای صنعتی رو به افزایش است و این روند در حال بروز برای کشورهای با درآمد متوسط نیز می‌باشد. زندگی انفرادی اثر جدی بر تقاضای خدمات سلامت دارد. در خانوارهای زوج مراقبت از بیمار توسط فرد دیگر صورت می‌گیرد ولی این امر در خانوارهای یک نفره به عهده نهاد ثالث گذاشته می‌شود و از طرف دیگر زوجین در جلوگیری از مخاطرات به همدیگر کمک می‌کنند ولی این امر در خانوارهای تک نفره به وقوع نمی‌پیوندد و بنابراین خانوارهای تک نفره تقاضا برای خدمات سلامت را افزایش می‌دهند.

( : به نظر می‌رسد رشد فناوری در سلامت رابطه نزدیک با وسعت و محدوده بیمه‌های سلامت دارد اگرچه بخش عمده این تغییر در سطح بین‌المللی اتفاق می‌افتد ولی موجب اثرگذاری بر مراقبت‌های سلامت داخلی کشورها می‌شود و آثار هزینه‌ای جدی در بردارد. در ایران ورود تکنولوژی بدون تعیین اولویت صورت می‌گیرد . مثال بارز آن ورود بی‌رویه

دستگاه‌های لیزر، ام.آر.آی، سی.تی.اسکن، گامانایف و... است.

( : کشورها مزایای نسبی نسبت به همدیگر در تأمین مراقبت‌های سلامت دارند. در گذشته تأمین خدمات توسط بیمه‌های اجتماعی فقط در داخل کشورها امکان‌پذیر



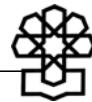
بود امروزه با توجه به رشد مسافرت‌های بین‌المللی و تصمیمات کمیسیون اروپا در ایجاد رقابت برای کارکنان حرف پزشکی و امکان مهاجرت و انتخاب آزاد محل زندگی توسط پزشکان و دندانپزشکان از اواسط دهه ۷۰ موجب مهاجرت پزشکان شده است و همچنین برای افراد امکان بهره‌مندی از بیمه سلامت در عرصه بین‌المللی فراهم کرده است. اگرچه این امر در کشورهای کم و متوسط درآمد از دیدگاه بین‌المللی کم اهمیت‌تر تلقی می‌شود. در ایران در طول سال جاری تعداد ۱۲۰۰۰ نفر از خارجی‌ان تحت درمان قرار گرفته‌اند.

نظام سلامت در ایران علاوه بر موارد فوق با چالش‌های جدی دیگری نیز مواجه است. به طوری که ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات، کارشناسان و حتی سیاستگذاران از نحوه ارائه خدمات راضی نبوده و مشکلات عدیده‌ای را گوشزد می‌کنند. در تقسیم‌بندی کلی می‌توان ضعف‌ها و چالش‌های اصلی نظام سلامت را در چهار گروه عدالت، دسترسی و رضایتمندی، ساختار و نیروی انسانی، مدیریت و پاسخگویی و کارایی و کیفیت دسته‌بندی نمود که در ذیل به اهم آنها اشاره می‌گردد:

. - -

بخش عمده‌ای از مشکلات نظام سلامت عدم رعایت عدالت و عدم دسترسی مردم به خدمات سلامت است. چالش‌های عمده‌ای که در این قسمت مشاهده می‌شوند عبارتند از:

۱. افزایش هزینه‌های خانوار و کاهش سهم دولت در هزینه‌های سلامتی،
۲. دسترسی نامناسب به خدمات سلامتی،
۳. بی‌عدالتی در نظام پرداخت،
۴. ناعادلانه بودن توزیع منابع،
۵. بی‌عدالتی از نظر پرداخت در نظام خصوصی و دولتی (برای خدمات مشابه توسط افراد مشابه با میزان اختلاف ۲۰ برابر و شاید بیش‌تر).
۶. عدم فراگیری سطح پوشش بیمه (حدود ۲۰ درصد از مردم فاقد بیمه همگانی هستند)،
۷. ناکارآمدی بیمه‌های درمانی و ایجاد بیمه‌های موازی،
۸. پرداخت حق بیمه به جای پروگرسو، رگرسو است،
۹. شاخص کاتاستروفیک در ایران ۳ درصد است در حالی که میزان قابل قبول جهانی زیر ۱ درصد است،
۱۰. عدم فراگیری عمق پوشش بیمه از نظر پرداخت (بخش عمده‌ای از خدمات توسط بیمار پرداخت می‌گردد، شاخص پرداخت مستقیم از جیب در ایران ۵۶ درصد است)،
۱۱. نامتعادل بودن تعرفه‌ها،
۱۲. خرید خدمت به وسیله بسیاری از دستگاه‌های دولتی کشور با نرخ چند برابر تعرفه مصوب از بخش خصوصی (افزایش بی‌عدالتی و جدا نمودن حاکمیت از مردم).
۱۳. توزیع نامناسب پزشکان و امکانات درمانی.

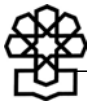


۱۴. عدم دسترسی به شاخص‌های ارزیابی عملکرد،
۱۵. عدم رعایت فلسفه بیمه در رابطه با انباشت و توزیع ریسک غنی به فقیر و سالم به بیمار،
۱۶. عدم رعایت عدالت افقی و عمودی،
۱۷. عدم رضایت گیرندگان و ارائه‌کنندگان خدمت.

. - -

بخشی از مشکلات ساختار نظام سلامت عبارتند از:

۱. سازماندهی نامناسب در کلان و ایجاد وظایف بیش از حد برای دولت و تصدی‌گری همه امور در بخش،
۲. تمرکز نظام سیاستگذاری، نظارت و اجرا در یک سازمان،
۳. عدم وجود دیدگاه سلامت‌نگر در ارائه خدمات بیمه،
۴. هم‌پوشانی فعالیت‌های هدایت، مدیریت، مالکیت و تصدی در نظام سلامت،
۵. ساختار متمرکز و عدم شفافیت در مسئولیت‌ها در سطوح ستادی و محیطی،
۶. ایجاد ظرفیت اضافی (مراکز درمانی، نیروی انسانی، تجهیزات پزشکی و...) و افزایش آمار بیماری در متخصصین رشته‌های سلامتی همزمان با کاهش استفاده از سایر ظرفیت‌ها،
۷. عدم اجرای نظام سطح‌بندی و ارجاع،
۸. اداره بخش دولتی توسط پزشکان بخش خصوصی،
۹. عدم استفاده بهینه از امکانات ناکافی موجود علی‌رغم صرف هزینه‌های کلان،
۱۰. ناکارآمدی ارائه خدمات در بخش دولتی و ایجاد سیستم‌های موازی در سایر دستگاه‌ها،
۱۱. عدم تبیین جایگاه بخش خصوصی و عدم پاسخگویی سازمان به گیرنده خدمت،
۱۲. وجود نظام چندگانه بیمه دولتی با سیاست‌های متفاوت و نظام اداری مالی هزینه‌بر،
۱۳. عدم نیازسنجی صحیح در ورود و استفاده از فناوری‌های گران،
۱۴. فقدان یک سیستم اطلاعاتی و پژوهشی فعال در جهت تصمیم‌گیری،
۱۵. نارسایی در رژیم حقوقی (سطوح قانونگذار) کم‌بودن یا نبودن آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های موجود در نظام بیمه و ارائه خدمات سلامتی و وجود تناقض در برخی قوانین و وجود قوانین موازی،
۱۶. ابهام در انتخاب ساختار ارائه خدمات بهداشتی درمانی و فقدان نگرش جامع‌نگر،
۱۷. ابهام در تعریف نقش و شرح وظایف پزشکان عمومی،
۱۸. رشد نرخ بیکاری فارغ‌التحصیلان گروه پزشکی که از نخبگان کشور هستند،
۱۹. عدم اشتغال ده‌ها هزار نفر فارغ‌التحصیل گروه پزشکی از یک طرف و وجود نیاز حیاطی و کمبود نیروی انسانی در برخی مناطق از سوی دیگر (در ایران به ازای هر ۱۰۰۰ نفر ۱/۲ نفر پزشک وجود دارد در حالی که در فرانسه این میزان ۲/۹۸ و در کوبا ۵/۸ می‌باشد،
۲۰. ترجیح منابع فیزیکی و تجهیزاتی بر نیروی انسانی،
۲۱. وجود نظام متورم دولتی،



- ۲۲. عدم کفایت و توانمندی حرفه‌ای لازم در برخی از رده‌ها،
- ۲۳. عدم تناسب در نسبت نیروی انسانی پشتیبانی به نیروهای تخصصی و فنی،
- ۲۴. عدم مشارکت نیروهای بخش در سود و زیان سازمان.

. - -

بخشی از مشکلات کارایی و کیفیت نظام سلامت عبارتند از:

۱. الگوی مصرف ناصحیح از خدمات سلامتی،
۲. تمرکز بر داده‌های بخش سلامت و بی‌توجهی به ستاده‌های بخش،
۳. عدم نگهداری و استفاده بهینه از منابع فیزیکی و تجهیزاتی،
۴. نظام پرداخت نامناسب و هزینه‌زا،
۵. کاهش اعتماد بیمار و پزشک که موجب از بین رفتن تقدس و حرمت حرفه پزشکی می‌شود،
۶. افت کیفیت مستمر در ارائه خدمات،
۷. عدم وجود پرونده سلامتی برای هر فرد و عدم ثبت اطلاعات مورد نیاز،
۸. سرگردانی بیمار و عدم هدایت بیماران به مسیر صحیح که باعث آسیب به سلامتی فرد، زیان‌های مالی و از دست دادن فرصت‌های بهبود می‌گردد،
۹. عدم وجود ابزارهای لازم بین بخشی در جهت ارتقای سلامت،
۱۰. عدم تبیین استانداردهای کمی و کیفی عملیات، مدیریت و فقدان سیستم پایش و ارزشیابی،
۱۱. فقدان سیستم آموزشی مناسب برای گروه پزشکی در ارتباط با وظایف محوله (قبل و بعد از فارغ‌التحصیلی)،
۱۲. ابهام در تعریف بسته خدمات سلامتی،
۱۳. ناکارآمدی نظام مدیریت اطلاعات موجود،
۱۴. عدم تعریف و توزیع نامناسب منابع در اختیار و عدم پیش‌بینی منابع و زمان کافی برای طراحی برنامه‌های عملیاتی سلامت،
۱۵. فقدان تعریف مشخصی از وضع مطلوب،
۱۶. ناهمگونی در نظام عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی درمانی،
۱۷. ورود بی‌رویه تکنولوژی تشخیصی و درمانی و به تبع آن افزایش سرسام‌آور هزینه‌ها،
۱۸. عدم وجود خطوط راهنما<sup>۱</sup> و پروتکل‌های تشخیصی و درمانی،
۱۹. عدم مشارکت پزشک در ریسک تحمیلی هزینه‌های اضافی بر بخش.

. - -

۱. ناپایداری عمر مدیران و گردش سریع نخبگان و همچنین فقدان نظام انتخاب مدیران براساس شایستگی،



۲. کمبود آموزش‌های لازم در زمینه تکنیک‌ها و مهارت‌های مدیریت نوین،
۳. کمبود انگیزه و رضایتمندی در مدیران،
۴. فقدان طرح، برنامه و مدیریت استراتژیک در سازمان،
۵. نظام مدیریت و گردش مالی سنتی،
۶. عدم مشارکت مدیران در سود و زیان سازمان،
۷. ضعف در نظام آموزشی و انتخاب مدیران،
۸. عدم تعریف صحیح حوزه مدیریتی (عدم تناسب اختیارات، وظایف و مسئولیت‌ها و پاسخگویی)،
۹. عدم شفافیت در پاسخگویی در سطوح ستادی و محیطی،
۱۰. عدم رضایت و انگیزه لازم برای پاسخگو بودن و مسئولیت‌پذیری در مقابل جامعه.

- .

صرف‌نظر از تقسیم‌بندی فوق در گردهمایی تعدادی از خبرگان و دست‌اندرکاران نظام سلامت کشور در برآورد مشکلات و چالش‌های رو در روی سیستم سلامت کشور نتایج زیر حاصل شده است. در این نشست شش مسأله اصلی ارائه شد و سپس از ابعاد رضایتمندی مشتریان، عملی بودن، اثربخشی، کارایی، امتیاز ۱ تا ۶ به هر چالش تخصیص داده شد (جدول ۱).

۱	۱۷	۵	۵	۴	۳	عدم توجه به سیستم‌های آموزشی مدیران	۱
۲	۱۶	۵	۵	۲	۴	سازماندهی نامناسب عناصر نظام سلامت	۲
۳	۱۵	۴	۴	۳	۴	عدم وجود نظام پایش کیفیت خدمات درمانی	۳
۴	۱۴	۵	۴	۴	۱	تعریف نشدن بسته خدمت کل نظام سلامت	۴
۵	۱۲	۴	۴	۲	۲	نهادینه نشدن پژوهش در سیستم	۵
۶	۸	۲	۱	۱	۴	عدم پرداخت سهم مناسب اعتبارات به بخش سلامت	۶

در نشست‌های دیگر چهارده مشکل اصلی برای نظام سلامت کشور ارائه گردید و سپس از ابعاد هفتگانه شامل: اثر بخشی بر رضایتمندی مشتری (A)، اثر بر کاهش هزینه در صورت رفع مشکل



(B)، اثر بر شاخص‌های سلامت (C)، عملی بودن به لحاظ رفع مشکل (D)، اثر بر شاخص عدالت (E)، اثر بخشی (F)، کارایی (H)، بررسی شد و از ۱ تا ۱۴ امتیاز برحسب نظرات کارشناسی به هر چالش تخصیص یافت و سپس براساس جمع امتیازات اولویت‌بندی گردید نتایج در جدول ۲ منعکس شده است:

	G	F	E	D	C	B	A	
۶۷	۷	۱۳	۱۱	۹	۱۱	۷	۹	عدم وجود نظام پایش کیفیت خدمات درمانی
۶۷	۱۳	۱۱	۳	۱۲	۳	۱۱	۱۴	عدم توجه به سیستم‌های آموزشی مدیران
۶۵	۱۴	۱۴	۵	۷	۱۰	۵	۱۰	نهادینه نشدن پژوهش در سیستم
۶۳	۱۲	۱۰	۸	۴	۴	۱۲	۱۳	سازماندهی نامناسب
۶۱	۶	۵	۲	۱۳	۱۴	۱۴	۷	تعریف نشدن بسته خدمت کل نظام سلامت
۵۹	۹	۳	۶	۳	۱۳	۱۳	۱۲	عدم پرداخت سهم مناسب اعتبارات به بخش سلامت
۵۷	۱۱	۶	۱۴	۱۴	۷	۳	۲	متورم بودن بخش دولتی
۵۱	۱	۲	۱۲	۸	۱۲	۸	۸	اهداف کلان نظام سلامت به روشنی تدوین شده است
۴۶	۴	۷	۴	۱۰	۸	۹	۴	نظام‌های پرداخت به جای سلامت‌سازی بیماری‌زاست
۴۵	۳	۱۲	۱۳	۶	۶	۴	۱	مشتری محور نبودن نظام سلامتی
۴۳	۵	۹	۱	۲	۵	۱۰	۱۱	تأثیرپذیری فراوان برنامه‌های سلامت از امور سیاسی، فرهنگی و اقتصادی
۴۲	۲	۸	۹	۵	۹	۶	۳	متعدد بودن مخازن مالی نظام سلامت
۳۶	۸	۱	۷	۱۱	۲	۲	۵	عدم وجود سطح بندی جهت دسترسی به خدمات سلامتی
۳۳	۱۰	۴	۱۰	۱	۱	۱	۶	تمرکز در تصمیم‌سازی، اجرا و فقدان وجدان کاری در سطح ملی

(A) اثر بخشی بر رضایتمندی مشتری.

(B) اثر بر کاهش هزینه در صورت رفع مشکل.

(C) اثر بر شاخص‌های سلامت.

(D) عملی بودن به لحاظ رفع مشکل.

(E) اثر بر شاخص عدالت.

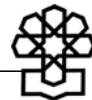
(F) اثر بخشی.

(H) کارایی.

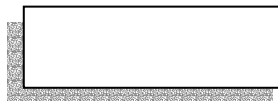
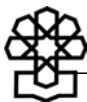
- .

- وجود شبکه گسترده ارائه خدمات سلامتی و ظرفیت‌های بالقوه در نظام موجود.
- برخورداری از تعداد مناسب نیروی انسانی در حوزه سلامت.
- همگرایی در مبانی نظری فی‌مابین سیاستگذاران بخش سلامت.
- وجود تکلیف قانونی دولت به تأمین سلامت به عنوان حقی همگانی.





- وجود تجارب مفید بین‌المللی و زمینه جلب مشارکت سازمان‌های جهانی.
- پوشش بیمه‌ای نسبتاً مناسب آحاد جامعه، هرچند ناکافی.
- احساس نیاز کلیه نقش‌آفرینان سلامتی به ضرورت تغییر سیستم.
- وجود نیاز به امنیت اجتماعی آحاد جامعه به منظور حل دو مشکل اساسی فقر و بیماری و مطرح شدن بحث رفاه اجتماعی در جامعه با توجه به تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، اثر مستقیم بهبود سلامت بر کارایی و بهره‌وری نیروی کار و اشتغال، ظرفیت اقتصاد و احساس رضایت افراد.
- تمهیدات قانونی پیش‌بینی شده در برنامه چهارم توسعه که بر سطح‌بندی خدمات، واگذاری و کاهش تصدی‌گری دولت تأکید دارد.
- عدم کمبود نیروی انسانی و تجهیزات.
- وجود هماهنگی بین نهادهای مؤثر مانند وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر و نظام پزشکی و مجلس
- بیش از ۸۰ درصد امکانات بهداشتی درمانی کشور دولتی است. این سرمایه عظیم ملی از حداقل بهره‌وری کیفی و کمی برخوردار نبوده و با هدر رفتن جدی منابع مواجه است با اصلاح ساختار و ارج نهادن به نیروی انسانی آموزش دیده موجود می‌توان وضعیت مدیریت مراکز بهداشتی و درمانی را به سرعت اصلاح نمود.



دارو نقشی حیاتی در عملکرد مناسب خدمات سلامت ایفاء می‌کند. بسیاری از خدمات درمانی و پیشگیرانه وابسته به آن است و بیماران در دسترس بودن آن را نشانگر کیفیت خدمات سلامت می‌پندارند. علی‌رغم پیشرفت در دسترسی به داروهای اساسی طی دهه‌های گذشته، هنوز هم بخش اعظمی از جمعیت جهان (بیش از ۱/۲ جمعیت) از دسترسی به دارو محرومند.

مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی صرفاً به معنای رفع نیازهای بهداشت و درمان کشور نیست بلکه یکی از راه‌های اصلی دستیابی به تکنولوژی بالا به یک مقوله جدی امنیتی است که متأسفانه به سرعت در حال سقوط به یک پدیده دلالی بی‌بندوبار و خطرناک است.

در کشورهای در حال توسعه این واقعیت وجود دارد که مصارف دارویی، بخش عمده‌ای از مصارف سلامت را تشکیل می‌دهد مثلاً ۲۴ درصد مصارف سلامت در آفریقای جنوبی و ۶۶ درصد در کشور مالی مربوط به داروست و بخش اعظم منابع آن از طریق بخش خصوصی و از جیب مصرف‌کننده تأمین می‌شود (بین ۴۵ تا ۶۰ درصد کل هزینه‌های دارویی) و سهم دارو در مصارف سلامت خانواده، بالاترین رقم را تشکیل می‌دهد. در کشور ایران به طور متوسط ۳۰ درصد از منابع سازمان‌های بیمه‌گر صرف پرداخت هزینه‌های دارویی می‌شود و سهم پرداخت از جیب مردم در مصارف سلامت کشور با توجه به گزارش سال ۲۰۰۲ سازمان جهانی بهداشت (WHO) برابر با ۵۳/۷ درصد هزینه‌هاست، از آنجایی‌که در موضوع دارو علاوه بر فرانشیز، حق فنی و هزینه داروهای خارج از فهرست تعهد نیز به عهده بیمار است؛ این هزینه‌ها بالاتر نیز می‌باشد.

صرف‌نظر از این‌که بخش خصوصی مهم‌ترین ایفاء‌کننده نقش در بخش دارویی کشورهای در حال توسعه است. خود درمانی و استفاده از دارو با توصیه‌های غیرتخصصی نیز شایع است. به منظور بهبود دسترسی به دارو و بهبود عملکرد بازار از طریق انگیزه‌ها،

قوانین و اطلاعات به

طبقه‌بندی می‌شود.

( ) - .

در بسیاری از کشورها منابع برای خرید کافی دارو در جهت پاسخ به تقاضای فقرا اندک است و علاوه بر آن موانع دسترسی مانند قیمت دارو، عدم آگاهی، فاصله ایاب و ذهاب، تبعیضات قومی و نژادی و مذهبی مزید بر علت است و به همین جهت پرداخت یارانه برای بهبود دسترسی به داروهای حیاتی ضروری است.



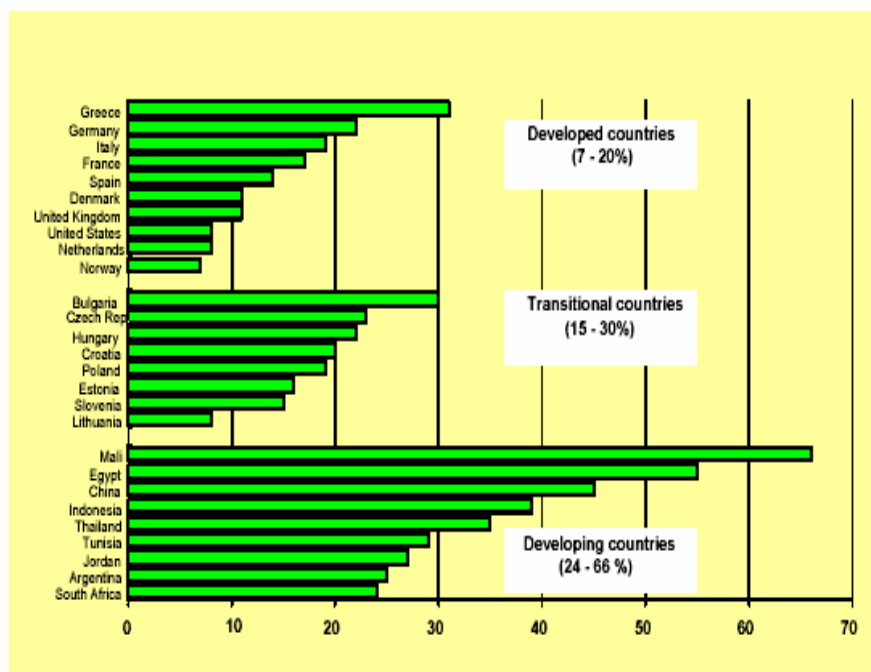
(

برنامه‌های «معافیت از پرداخت مشارکت در هزینه»<sup>۱</sup> یکی از روش‌هاست ولی معمولاً نتایج مطلوب را به دست نمی‌دهد، زیرا پایداری برنامه مواجه با اشکال است به طور مثال مادران باردار دارو را دریافت داشته و به سایر اعضای خانواده می‌دهند. روش دیگر تخصیص جغرافیایی یارانه است که به مناطق دوردست و محروم‌تر تخصیص می‌یابد.

(

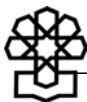
مشکلات جدی مصرف غیرمنطقی دارو عبارتند از: تجویز بیش از حد، تجویز متعدد، استفاده زیاد از آنتی‌بیوتیک‌ها، سوءاستفاده از داروی تزریقی، عدم مصرف بهینه محصولات مؤثر مانند مایع درمانی خوراکی<sup>۲</sup> به جای سرم درمانی. علت بروز این مشکلات، فشار اقتصادی، نبود اطلاعات، کمبود نیروی انسانی سلامت، فقدان نظارت و پاسخگویی، انگیزه‌های شرکت‌های دارویی، دستاوردهای مالی که از تجویز و توزیع غیرمنطقی دارو برای فروشنده و تجویزکننده به وجود می‌آید؛ می‌باشد. با آموزش تجویزکنندگان و توزیع کنندگان دارو، ارائه استانداردهای راهنمای درمان<sup>۳</sup>، بازنگری در نحوه بهره‌مندی از دارو و تشویق به استفاده از داروهای ژنریک می‌توان با این موارد مقابله نمود.

( )



Source: WHO 2002.

1. Exemption of co payment
2. ORS= Oral Re hydrating Solution
3. STG= Standard Therapeutic Guideline



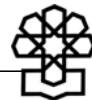
. -

مداخله در تولید، توزیع عمده و فروش صورت می‌گیرد.

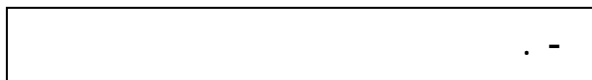
( ) ( )  
یکی از مهم‌ترین ابزار کنترل هزینه‌ها و قابل دسترس کردن داروها، تصویب لیست داروهای اساسی<sup>۱</sup> همراه با سیاست‌های تشویق تجویز منطقی دارو است. در ۱۵۶ کشور جهان این لیست وجود دارد. بیش‌تر داروهای لیست پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت، خارج از امتیاز انحصاری<sup>۲</sup> است و بنابراین می‌توان بهترین فراهم کننده را با توجه به کیفیت، قابلیت اعتماد و قیمت انتخاب کرد. این لیست باید سالانه مورد بازنگری قرار گیرد تا داروهایی که از امتیاز انحصاری خارج شده، داروهای مؤثر جدید و منابع افزوده شده با توجه به رشد اقتصادی کشور را در لیست جدید قرار دهد. در این لیست معمولاً داروهای ثانویه و ثالثیه قرار نمی‌گیرد. یکی از مهم‌ترین موانع استقرار EDL در کشور تمایل بیمار و پزشک به استفاده از داروهای تجارتي است که فکر می‌کنند بین نام و کیفیت ارتباط وجود دارد. هم اکنون در ایران لیست اقلام اساسی، داروهایی است (حدود پنجاه قلم) که به طور رایگان توسط بهورزان در خانه‌های بهداشت در اختیار بیماران قرار می‌گیرد. از طرف دیگر داروهای در فهرست تعهد سازمان‌های بیمه‌گر همه‌ساله به تصویب هیأت محترم وزیران می‌رسد و هم اکنون از حدود ۱۶۵۰ قلم داروی موجود در فارماکوپه دارویی کشور ۱۳۶۰ قلم در فهرست تعهد سازمان‌های بیمه‌گر قرار دارد.

( ) ( )  
فرایند انتخاب بسیار مهم است. رقابت فعال بین بخش عمومی و خصوصی می‌تواند بر قیمت، کیفیت، و حجم دارو اثر بگذارد. فراهم کنندگان مختلف دارو عبارتند از:  
۳: روشی استاندارد در بسیاری از کشورهای در حال توسعه هست، به گونه‌ای که یک سیستم عمومی مرکزی به صورت انحصاری تک قطبی تأمین دارو را بر عهده دارد؛ اخیراً این امر به واحدهای محلی و یا خودگردان واگذار شده است تا پاسخگویی را بهبود بخشیده و عملیات مشابه تجارت را در آن وارد نماید.  
: هم تولید کننده داخلی و هم خارجی توانایی ارائه دارو در بازار را دارد. در بعضی از کشورها ورود داروی خارجی در حمایت از داروهای داخلی ممنوع است.  
: یا انتفاعی است مانند انگلستان (شرکت کراون که مرکز آن در انگلیس است ولی در تمام جهان شعبه دارد) یا غیرانتفاعی است مانند کشور کنیا.

1. Essential Drug List= EDL
2. Patent
3. Allocative Planning
4. Producers
5. Private supply agency



: شامل خرده فروشی دارو در مراکزی است که پروانه آن را دولت صادر می‌کند.



طبیعت بازار دارویی همراه با عدم تقارن اطلاعات و بازار رقابتی فروش، ولی کمتر رقابتی تولید و فروش عمده مواجه با تقاضای القایی، تجویز غیرمنطقی، اضافه قیمت و توزیع نابرابر است. تغییرات رفتاری را می‌توان از طریق انگیزه‌های مالی، با تنبیه یا سایر اقدامات تنظیم کننده تحریک کرد.

( ) ( )

روش پرداخت به پزشکان بر الگوی نسخه‌نویسی و استفاده از دارو اثرگذار است. سه روش عمومی پرداخت وجود دارد که انگیزه‌های متفاوتی، به لحاظ تجویز دارو ایجاد می‌کند:

: بودجه ممکن است به شکل گوشواره‌ای یا بودجه خط به خط (مواد بودجه‌ای)

برای دارو و تجهیزات تخصیص یابد. بودجه‌های گلوبال با توجه به باز تخصیص منابع در مواد بودجه‌ای، کارایی را بالاتر می‌برند.

: استفاده از این روش که در کشورهای در حال توسعه معمول نمی‌باشد موجب می‌شود

اعضا زودتر مراجعه و اقدام به درمان نموده و داروهای کم‌تری مصرف کرده، زودتر بهبود یابند.

: شایع‌ترین روش پرداخت برای بخش خصوصی است و موجب افزایش مصرف و

تعداد مصرف دارو می‌شود.

استفاده از انگیزه‌های مالی مانند فرانشیز تصاعدی برای داروهای بیشتر، موجب کم‌تر شدن

تجویز، کاهش هزینه به ازای نسخه، کاهش سوء مصرف و رعایت استانداردهای درمانی STG شده است.

وضعیت حاشیه توزیع<sup>۶</sup> که موجب افزایش هزینه می‌شود و حق فنی توزیع<sup>۷</sup> بر مصرف دارو

اثرگذار است. درصد ثابت موجب استفاده از داروهای گران‌قیمت می‌شود ولی کاهش حق فنی همراه

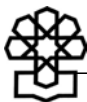
با افزایش قیمت این انگیزه را کاهش می‌دهد. هم اکنون در کشور روندی معکوس جریان دارد به

طوری که حق فنی نسخه ارزان‌تر کم‌تر از نسخه گران‌تر می‌باشد. (۱۶۰۰ ریال برای نسخه کم‌تر از

۵۰۰۰ ریال و ۲۲۰۰ ریال برای نسخه بالاتر از ۵۰۰۰ ریال که به این ارقام به ترتیب ۴۰۰ و ۲۰۰ ریال

در شب اضافه می‌شود).

1. Private Retailers
2. Incentive Regimes
3. Budgetary Transfers
4. Capitation
5. FFS= Fee For Service
6. Dispensing margin
7. Dispensing Fee



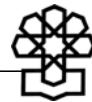
(  
استفاده از رقابت و خرید داروی ژنریک به جای تجارتي، هم در بخش عمومي و هم خصوصي مي‌تواند قيمت‌ها را كنترل نمايد خصوصاً اين‌كه سازمان‌هاي دولتي و بيمه اجتماعي به دليل دارا بودن قدرت انحصاري خريدي، قدرت چانه‌زني بالايي دارند و دولت مي‌تواند قيمت‌ها را كنترل نمايد.  
با توجه به شرايط موجود به نظر مي‌رسد در امر سياستگذاري دارو ضروري است هر سه عامل مد نظر قرار گرفته و با استفاده از نظرات سازمان‌هاي بيمه‌گر راهكارهاي مناسب در هر بخش طراحي و به اجرا گذاشته شود.

. -

(  
نظام قيمتگذاري داروها توليد داخل براساس قيمت تمام شده در چارچوب فرمول‌هاي سنتي است كه در آن هيچ سهمي براي تحقيق و توسعه و معرفي دارو ديده نشده است.  
اختلاف بيش از حد قيمت داروهاي وارداتي با داروي مشابه توليد داخل.  
عدم تمايل سرمايه‌گذاري براي توليد دارو در كشور و تمايل زياد براي سرمايه‌گذاري در واردات دارو به كشور.

(  
دور شدن مراكز تك نسخه‌اي از اهداف تعيين شده (با هدف حل مشكل مقطعي دسترسي بيماران به بعضي از داروهاي توليد نمي‌شود ايجاد شده است.  
برقراري ارتباط غير حرفه‌اي مراكز تك نسخه‌اي با پزشكان و تشويق آنها براي تجويز غير منطقي داروهاي گران‌قيمت.  
تبديل شدن مراكز تك نسخه‌اي به عنوان يكي از دلایل مهم آشفتگي بازار دارو و سوء استفاده عده‌اي از دست‌اندرکاران اين پديده.

(  
عدم هماهنگي مطلوب بين حوزه درمان و دارو (رها بودن نظام درمان و نداشتن پروتكل ملي درمان)  
از ۵٪ داروي مصرف شده وارداتي در كشور معادل ۴۳٪ از منابع مالي بخش داروي كشور را به خود اختصاص داده است.  
عدم عدالت در توزيع منابع (در حال حاضر بيش از ۲۵٪ هزينه‌هاي دارويي كشور متوجه جمعيت بيماران خاص با پوشش كم‌تر از ۱۰۰/۰۰۰ نفر مي‌باشد.  
وجود فرآورده‌هاي غير مجاز در بازار مصرف (فرآورده‌هاي قاچاق).



- (
- قدیمی بودن ساختمان‌های داروسازی.
  - عدم انطباق تعداد اقلام تولیدی با فضای فیزیکی و تجهیزاتی موجود.
  - قدیمی و مستهلک بودن ماشین‌آلات و تجهیزات.
  - فرمولاسیون‌های قدیمی که برخی از آنها از داروسازی دنیا حذف شده‌اند.
  - حذف شدن برخی از اقلام از پروتکل‌های درمانی در حالی که در ایران هنوز نسبت به ساخت و تجویز آن اقدام می‌شود.
  - قدیمی بودن تکنولوژی‌های ساخت و تهیه داروها.
  - مدرن نبودن متدهای کنترلی اقلام دارویی.
  - تهیه مواد اولیه و بسته‌بندی از منابع با کیفیت پایین به دلیل ارزانی آنها علی‌رغم این‌که در محدوده فارماکوپه‌ها هستند.
  - عدم رعایت شرایط نگهداری داروها در نزد توزیع کننده، داروخانه، مصرف کننده.
  - به وجود آمدن مقاومت‌های میکروبی به دلیل تجویز و مصرف غیر منطقی داروها.
  - عدم ابتکار و نوآوری در Drug Delivery systems.

- .

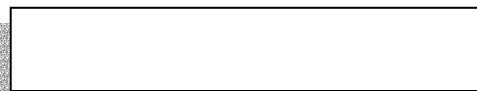
- ( ، تخصیص یارانه به سازمان‌های بیمه‌گر براساس جمعیت تحت پوشش و رایگان کردن یا کاهش فرانشیز برای گروه‌های اجتماعی یا نوع بیماری همانند روشی که سازمان تأمین اجتماعی برای بیماران خاص، سرطانی، مبتلایان به MS یا مستمری‌بگیران و افراد تحت تکفل آنان ارائه می‌دهد.
- ( ، هم از طریق تبلیغات رسانه‌ای اعم از مطبوعات، صدا و سیما، چاپ بروشور، تراکت، خبرنامه دارویی برای عامه مردم و هم از طریق برگزاری کارگاه‌های تجویز منطقی دارو برای پزشکان در عین استفاده از نظام‌های انگیزشی پرداخت برای آنان همراه با تدوین STG.
- ( ، تدوین STG با تشکیل کمیته‌های کشوری از طریق کمیته همسویی سازمان‌های بیمه‌گر و دعوت از متخصصین امر
- ( تغییر در فرآیند ورود دارو به فارماکوپه دارویی کشور با استفاده از کمیته‌های کشوری پیشنهادی در بند «۳» و لحاظ منابع و مصارف و ایجاد رقابت در بازار دارو با استفاده از قدرت انحصار در خرید<sup>۱</sup> سازمان‌های بیمه‌ای کشور در راستای کاهش قیمت دارو.



(

- ایجاد انگیزه مادی در فراهم کنندگان خدمات از طریق نظام پرداخت سرانه مبتنی بر عملکرد که خود نیازمند استقرار سیستم ارجاع و سطح بندی خدمات می باشد.
- کاهش حق فنی برای داروهای گران قیمت.
- در کمیته قیمتگذاری دارو نمایندگانی از وزارت رفاه و سازمان مدیریت حضور داشته باشند.
- کنترل ورود دارو و تجهیزات گران قیمت به کشور از طریق کمیته کشوری متشکل از انجمن های علمی پزشکی، وزارت بهداشت، وزارت رفاه، سازمان های بیمه گر، نظام پزشکی، سازمان مدیریت و تصویب هیأت وزیران.
- تهیه و اعلان فهرست داروهای مجاز برای واردات.
- تهیه و تنظیم لیست فارماکوپه برای کشور و ملزم کردن پزشکان از مراجع قانونی جهت تجویز منطقی دارو براساس فارماکوپه ایران.
- قیمتگذاری با رعایت اقتصاد درمان.
- تعهدات واردکنندگان دارو به کشور از نظر کیفی و سرمایه گذاری برای تولید محصولات.
- کسب امتیاز دانش فنی در مقابل واردات با رعایت زمان عمر مفید هر دارو.





براساس الگوی سازمان جهانی بهداشت، ایجاد منابع و از جمله تربیت نیروهای انسانی ماهر در بخش سلامت یکی از وظایف چهارگانه نظام سلامت، محسوب می‌شود و این مهم، بر عهده دانشگاه‌های علوم پزشکی گذاشته شده است. از آنجایی که عملکرد مطلوب نظام سلامت در تمام جنبه‌ها از قبیل خدمات بهداشتی - درمانی، پژوهش، مدیریت و رهبری به طور کامل به دانش، مهارت‌ها و توانایی‌های فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌های علوم پزشکی بستگی دارد، آموزش علوم پزشکی را می‌توان یکی از ارکان اصلی عملکردهای نظام سلامت نامید.



آموزش علوم پزشکی کشور در طی ۲۵ سال گذشته توسعه کمی قابل ملاحظه‌ای داشته است و از طریق گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی، راه‌اندازی برنامه‌های آموزشی منجر به اعطای مدرک و استفاده از حداکثر ظرفیت آموزشی، توانسته است کمبود ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سطح کشور، را تا حد زیادی برطرف نماید. حداکثر رشد کمی در آموزش پزشکی، بین سال‌های ۱۳۷۳-۱۳۶۳ رخ داد.

رشد فزاینده تعداد پزشکان عمومی کشور در دهه ۷۰، موجب گردید که در مدت شش سال تعداد پزشکان عمومی دو برابر شود. این روند تقریباً برای سایر رشته‌های گروه پزشکی نیز وجود داشت. علل تورم نیروی انسانی پزشکی عبارت بودند از:

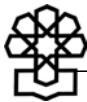
۱. پذیرش دانشجو بیش از تعداد برنامه‌ریزی شده به دلایل زیر:

(الف) تب تأسیس دانشکده پزشکی: در فاصله‌ای نه چندان طولانی، تعداد دانشکده‌های پزشکی به بیش از ۴۰ عدد رسید و تعداد سایر دانشکده‌ها نیز به سرعت افزایش یافت.

(ب) دانشگاه‌های غیر دولتی: استقبال جوانان دیپلمه از رشته‌های گروه پزشکی سبب شد که دانشگاه‌هایی که تابع وزارت بهداشت نبودند، برای پذیرفتن دانشجو در این رشته‌ها تلاش مضاعفی را اعمال دارند.

(ج) بازگشت فارغ‌التحصیلان ایرانی خارج از کشور با توجه به استقبال جوانان از این رشته‌ها تعداد زیادی دانشجو جهت ورود به رشته‌های گروه پزشکی به کشورهای اروپای شرقی، شوروی و جنوب و جنوب شرقی آسیا سفر کردند و در اوایل دهه ۷۰، به تدریج وارد بازار کار رشته پزشکی شدند.

(د) افزایش سهمیه‌ها و نیز ورود افرادی که در گزینش رد شده و پس از چند سال مورد تأیید گزینش قرار گرفته بودند، پذیرش در دانشگاه‌ها را افزون ساخت.



۲. کمبود ظرفیت‌های به کارگیری فارغ التحصیلان جوان گروه پزشکی به دلایل مختلف:

الف) رشد شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور که از روستاها شروع شده و در دهه ۶۰ به اوج خود رسیده بود، در دهه ۷۰ به کندی گرایید.

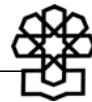
ب) طرح خودکفایی بیمارستان‌ها: به علت عدم توجه به کیفیت خدمات توسط پزشکان چند شغله، به ناتوانی نسبی بیمارستان‌ها در گسترش و تکمیل کادر خود انجامید و تأسیس بیمارستان‌های جدید را نیز با اشکال روبه رو کرد.

ج) فرهنگ نادرست پزشکی در ایران و توقع مسئولان، بیماران و جامعه از یک پزشک که در مناطق محرم یا به علت اعتبار علمی (بعضاً کاذب) باید روزانه ۱۰-۱۲ ساعت کار کند.

سؤال اصلی که در این‌جا مطرح است این است که چرا با وجود آن‌که تعداد پزشک به نسبت جمعیت به معیارهای بین‌المللی نرسیده و به مراتب کمتر از کشورهای پیشرفته و حتی بعضی از کشورهای در حال پیشرفت است، بیم بیکاری پزشکان وجود دارد؟

واقعیت این است که نسبت پزشک به جمعیت را نمی‌توان به عنوان شاخص اصلی و عمده برای تربیت نیروی انسانی پزشکی در نظر گرفت. زیرا تعداد پزشک مورد نیاز بستگی به نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی، جایگاه پزشک در این نظام و نحوه ارائه خدمات پزشکان دارد. توزیع نیروی انسانی نامتناسب است و نسبت پزشک به جمعیت در شهرهای بزرگ، در حد کشورهای پیشرفته ولی در مناطق محروم بسیار کمتر از معیارهای بین‌المللی است. بنابراین مشکل اصلی در تورم نیروی انسانی پزشکی، نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی کشور است. نظام موجود یک نظام سنتی بدون مطالعه و برنامه‌ریزی است که همانند بسیاری از کشورهای جهان با یک نظام دولتی نامتناسب در ارائه خدمات درمانی، سیستم خصوصی پرطمطراق ولی بدون ارتباط با نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی و عدم نظارت و ارزشیابی همراه است. در نظام کنونی ارائه خدمات بهداشتی - درمانی کشور نکات زیر مشهود است:

۱. ارائه خدمات بهداشتی در اکثر روستاها به عهده شبکه بهداشتی - درمانی کشور است.
۲. ارائه خدمات بهداشتی در شهرها، مخلوطی از سیستم دولتی و خصوصی است که فاقد هرگونه نظارت و نظمی است.
۳. ارائه خدمات درمانی سرپایی در بیش‌تر روستاها به عهده شبکه بهداشتی - درمانی کشور است ولی ۵۰٪ از نخستین مراجعه‌دهانی روستایی به پزشکان بخش خصوصی شهرهاست.
۴. ارائه خدمات درمانی سرپایی شهری بیش‌تر به عهده پزشکان بخش خصوصی است که بدون ارتباط با نظام شبکه بهداشتی - درمانی دولتی عمل می‌کنند.
۵. ارائه خدمات درمانی بستری در روستاها مشخص نیست و از طریق نظام ارجاع بدون ارتباط معقول با سطح‌بندی آن هم به صورتی ناکارآمد صورت می‌گیرد.
۶. بیش از ۸۰ درصد ارائه خدمات درمانی بستری شهری به عهده بخش دولتی است که معمولاً بدون ارتباط با شبکه بهداشتی - درمانی کشور با کیفیت نامطلوب عمل می‌کنند و بیماران صرفاً به دلیل عدم امکان اقتصادی و از روی استیصال به آن‌جا مراجعه می‌کنند.



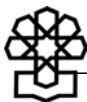
آموزش پزشکی در کشور ما اشکالات عدیده‌ای به لحاظ ماهیتی دارد که آن را از حالت کاربردی خارج نموده است. در تمام دنیا در کنار آموزش علم پزشکی مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه که پزشک باید به آن اشراف داشته باشد آموزش داده می‌شود اما در ایران اصلاً به این مسأله ورود نمی‌شود. ولی مهم‌ترین عیب آموزش پزشکی در ایران بی‌توجهی به کرامت انسانی است. در کشور ما به بهانه آموزش، سلامت، شأن و کرامت انسان‌ها به بازی گرفته می‌شود.

آموزش پزشکی بر خلاف بسیاری از رشته‌ها یک درس کارگاهی نیست و آموزش آن بر روی انسان‌ها انجام می‌گیرد و حتماً باید کرامت و سلامت انسانی در این بین رعایت شود و نباید به بهانه آموزش خسارتی به جسم و روحشان وارد شود

شاید ذکر این نکته ضروری باشد که نظام آموزش پزشکی در ایران برگرفته از الگوی نیم قرن پیش امریکا است که در آن زمان انسان‌ها بر حسب نژاد و رنگ پوست طبقه‌بندی می‌شدند و در مراکز آموزشی رنگین پوستان به دلیل این‌که رایگان درمان می‌شدند عملاً به عنوان کالای آموزشی مورد استفاده قرار می‌گرفتند. اما سال‌هاست که حتی در امریکا نیز این روش منسوخ شده است. امروزه در کشورهای غربی این مسأله به خوبی مورد توجه قرار گرفته و حفظ شأن انسان‌ها در درجه نخست اهمیت قرار دارد اما متأسفانه در کشور ما که به لحاظ اعتقادی انسان را اشرف مخلوقات می‌دانیم این موضوع به دست فراموشی سپرده شده است.

اساتید و مربیان آموزش پزشکی ما انگیزه‌های لازم را ندارد و به همین دلیل به خصوص در مواقع اورژانس و اوقات غیر اداری عملاً سرنوشت انسان‌ها به دست کادر آموزش گیرنده‌ای سپرده می‌شود که فاقد اطلاعات و مهارت‌های لازم هستند. ضمن این‌که رزیدنت‌های ارشد نیز به دلیل مشکلات معیشتی و اجبار به امتحانات تئوری متعدد عملاً در مواقع ضروری بر بالین بیمار حضور کافی ندارند.

از سوی دیگر تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای واقعی جامعه، ایجاد پیوند بین آموزش پزشکی و محیط طبابت آنان در آینده، تأکید بر حفظ مبانی اخلاقی و انسانی در آموزش و ایجاد زمینه آموزش سلامت‌نگر (مراقبت‌های اولیه، ثانویه و ثالثیه) از طریق اصلاح آموزش پزشکی و ترویج آموزش پزشکی جامعه‌نگر<sup>۱</sup> امکانپذیر است (جدول ۳).



هدف	نیاز جامعه need	انتقال دادن دانش نظری Science
حاکمیت اخلاق پزشکی	تأکید بر ارتباط بین پزشکی و جامعه و دیگر بخش‌های توسعه bio-psycho-social	در بهترین شکل بین پزشکی و بیمار bio approach
روش جاری یا حاکم	کار در عرصه فعالیت	سخنرانی و استاد محوری
شکل تحقیق	کاربردی و همه‌گیری شناختی براساس نیاز جامعه (با حضور دانشجوی)	پایه و بالینی براساس خواست محقق
عرصه آموزش	عمدتاً جامعه با مشارکت مردم	بیمارستان‌ها، کلاس درس، بدون حضور در جامعه
شیوه ارزیابی دانشجو	مشاهده در عمل (بیشتر عملی)	امتحانات شفاهی و کتبی (عمدتاً ذهنی)
متدولوژی آموزش	دانشجو - محور (PBL)	با محوریت موضوعی
برنامه (محتوا)	دارای جامعیت (ناظر بر هر سه نوع پیشگیری و ارتقا)	ناظر بر پیشگیری نوع دوم
نگرش مدیریتی	با آمادگی برای رهبری تیم بهداشتی	مستعد برای کار فردی
توان خودآموزی	شدیداً مورد توجه است	به آن توجه نمی‌شود
انعطاف‌پذیری	انعطاف‌پذیر	ساختاری و بدون انعطاف
رابطه علوم پایه و بالینی	ادغام یافته	مجزا
رعایت اصول PHC	دارد	ندارد
جمعیت Defined Population جمعیت تعریف شده	دارد	ندارد

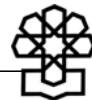
. -

(

آموزش خوب پزشکی نیازمند سازگاری مفید با نیازهای مردم و نظام خدمات بهداشتی - درمانی پویا می‌باشد. در تفکر پزشکی جامعه‌نگر نباید به انتظار بیمار نشست بلکه باید به سراغ همه مردم رفت و آنها را تحت پوشش واقعی مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی - درمانی قرار داد. در آموزش‌های کلاسیک و سنتی پزشکی بر سه جزء اصلی دانشجوی، کتاب و مریض تأکید می‌شود البته جزء چهارم (معلم یا استاد) به عنوان راهنما<sup>۱</sup> برای تسهیل گردش این چرخه عمل می‌نماید، در آموزش‌های نوین و جامعه‌نگر به جایگزینی جامعه به جای بیمار تأکید می‌شود.

(

باید اطمینان حاصل شود که نیروهای تربیت شده با نیازهای در حال تغییر جامعه انطباق دارند و



از کارایی مناسب نیز برخوردارند.

(

در چارچوب تفکر پزشکی جامعه‌نگر تلاش بر این است که دانش آموختگان بتوانند توانایی‌های علمی و مهارت‌های عملی خود را از طریق نظام سلامت کشور و نه به طور انفرادی، در خدمت مردم قرار دهند. بنابراین ضرورت حیاتی وجود دارد که این نظام برای پزشک و مردم - هر دو - شناخته شده قابل قبول باشد.

(

در آموزش پزشکی جامعه‌نگر به دانشجویان به نحوی آموزش داده می‌شود که اطمینان حاصل شود. آن‌ها قادرند بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را به مدت کافی و به صورت علمی، پیگیری و مراقبت نمایند. آموزش جامعه‌نگر هم بر گروه‌های جمعیت و هم بر افراد جامعه معطوف بوده، نیازهای سلامت جامعه را در نظر می‌گیرد.

۱

(

واکنش همه انسان‌ها در مقابل بیماری‌ها یکسان نیست، همان‌گونه که رفتار همه آنها در مورد سلامتی خودشان هم یکنواخت نیست. شناخت و درک مردم از بیماری‌ها، عوامل تهدید کننده سلامتی، مفهوم سلامتی، تحمل بیماری‌ها و حتی اشکال مختلف بالینی بیماری‌ها، متأثر از عوامل اقتصادی، فرهنگی و اعتقادی جامعه است. در آموزش پزشکی جامعه‌نگر به یادگیری این مسائل در جریان تجربیات اجتماعی تأکید می‌شود شناخت میزان آگاهی، نگرش و عملکرد مردم در قبال سلامتی و بیماری خود و اطرافیان‌شان از اهمیت فوق‌العاده زیادی برخوردار است.

(

عوامل تهدید کننده سلامتی، بیماری‌ها و اشکال کلینیکی آن‌ها و تنوع بیماری‌ها بسته به شرایط جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هر جامعه فرق می‌کند. برای یادگیری در جامعه نه فقط اشکال کلینیکی پیشرفته و استقرار یافته،<sup>۲</sup> بلکه اشکال اولیه و مقدماتی بیماری‌ها نیز آموزش داده شود.

۳

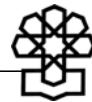
(

دانش آموختگان باید به نحوی مجهز و ساماندهی گردند که در کنار وظایف آموزشی وظایف بهداشتی درمانی را نیز انجام دهند و بتوانند همه خدمات مورد نیاز جامعه را ارائه دهند.



(  
۱  
یادگیری در جامعه عملاً یک فرایند است یعنی مجموعه‌ای از مراحل به هم پیوسته و مستمر است که در جریان گذر از تمام این مراحل، یادگیرنده آموزش‌های لازم را اخذ می‌کند و تجربیات لازم را شخصاً کسب می‌نماید. مراحل مهم فرایند یادگیری در جامعه عبارت است از: تعیین مسأله،<sup>۲</sup> حل مسأله،<sup>۳</sup> تصمیم‌گیری،<sup>۴</sup> تحقیق<sup>۵</sup> و ارزیابی.  
با طی این روند دیگر پزشک بدون در نظر گرفتن شرایط اجتماعی اقتصادی، فرهنگی و ... بیمار اقدام به تجویز دارو و طبابت نمی‌کند.

- 
1. Learning Process Skills
  2. Problem Definition
  3. Problem solving
  4. Decision marking
  5. Research



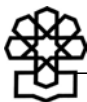
یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌ها در کارآمدی نظام سلامت در هر کشوری چگونگی تأمین منابع برای سرمایه‌گذاری در سلامت می‌باشد. صاحب‌نظران اقتصاد سلامت معتقدند که استفاده از سازوکارهای تأمین مالی تجمعی<sup>۱</sup> یکی از روش‌های کارآمد در این عرصه می‌باشد. در گذشته تاریخ زمانی که مردمان بیمار می‌شدند، مستقیماً به درمانگران مراجعه می‌کردند و سیاست عمومی در سلامت، حفاظت بیماران در مقابل افراد سودجو و شارلاتان از طریق تقویت اخلاقیات و سوگندنامه بقراط بود. همزمان با انقلاب صنعتی و علمی شدن نگاه به موضوع سلامت، درک مفاهیم مربوط به علت، پیشگیری و درمان بیماری‌ها توسعه یافت. دامنه سلامت دیگر در انحصار درمانگران سنتی نبود بلکه سایر بازیگرانی مانند سیاستگذاران، نهادهای تخصصی در موضوع تأمین منابع، تدوین مقررات و ارائه‌کنندگان خدمات (اعم از مراکز درمانی، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، مراکز تشخیصی) و بسیاری از فراهم‌کنندگان ویژه مانند پزشکان، پرستاران، داروسازان، پیراپزشکان<sup>۲</sup> وارد این عرصه شده‌اند. در این رابطه تأمین مالی سلامت<sup>۳</sup> به چندین بخش و فعالیت با اهداف، اولویت‌ها و محدودیت‌های خاص خود تقسیم شده است و این مجموعه تأمین مالی تجمعی<sup>۴</sup> نام گرفته، که فعالیت‌های زیرمجموعه آن عبارتند از: جمع‌آوری منابع،<sup>۵</sup> تجمیع منابع<sup>۶</sup> و استفاده بعدی آنها در سیستم ارائه خدمات است.<sup>۷</sup>

بخش جمع‌آوری منابع از این مجموعه روندی شفاف در تاریخ دارد و پول برای تأمین مالی تجمعی در سلامت ممکن است از محل‌های متفاوت عمومی و خصوصی (مالیات، عوارض عمومی، هدایا، وام، بیمه، ...) فراهم شود. بخش تجمیع منابع<sup>۸</sup> و مشارکت در ریسک<sup>۹</sup> مربوط به تأمین مالی مراقبت‌ها نیز شناخته شده است. تجمیع موجب می‌شود بار بیماری‌ها بین فقیر و غنی، سالم و بیمار، جوان و پیر، شاغل و بیکار به اشتراک گذاشته شود. در شکل زیر تأمین مالی تجمعی نمایش داده شده است.

. -

از آنجایی که در موضوع عدم قطعیت در بازار بهداشت و درمان، پرداختن به ریسک و چگونگی تجمیع آن اهمیت دارد؛ مطالعات بیانگر چهار نوع رهیافت برای تجمیع ریسک می‌باشد که عبارتند از:

1. collective financing
2. Allied health workers
3. health care financing
4. Collective Financing
5. Collection of Revenues
6. pooling of Funds
7. Service Delivery System
8. Revenue Collection
9. Risk Sharing



(

در چنین شرایطی هر فردی مسئول تأمین هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های سلامتی خود می‌باشد و هیچ‌گونه یارانه‌ای برای فقرا در نظر گرفته نمی‌شود. در این شرایط یکی از راه‌های از بین بردن عدم قطعیت در قبال هزینه، بازار بیمه‌های خصوصی است که در آن بیمه‌گران حق بیمه فردی را دریافت می‌کنند که مبتنی بر تجارب گذشته<sup>۲</sup> آنهاست در این سیستم اگر کسی از پوشش استفاده کند، حق بیمه وی در آینده افزایش پیدا می‌کند و بنابراین مقوله انتخاب معکوس<sup>۳</sup> پیش می‌آید و در این صورت، افراد پرمخاطره طالب خرید طرح بیمه‌ای و افراد سالم انگیزه برای خرید آن ندارند و بیمه‌گران نیز سعی در خامه‌گیری<sup>۴</sup> خواهند کرد و مجموعه‌ای از ریسک‌های خوب را تجمیع خواهند نمود که جبران خسارتی در پی ندارد. نتیجه این‌که در چنین وضعیتی، افراد باید هزینه‌های مالی سلامت را خودشان تأمین کنند بنابراین بسیاری از مقوله‌های سلامت و بهداشت عمومی و مواردی که جامعه از آن نفع می‌برد<sup>۵</sup> در کانون توجه قرار نمی‌گیرد.

(

در این وضعیت کل منابع در یک صندوق مرکزی ریخته شده و بسته انتخابی از سلامت را پوشش می‌دهد. در این شرایط تجمع ریسک اجباری بوده و هیچ کس حق خروج از آن را ندارد. این روش یکی از راه‌های برخورد با ناکارآمدی و نابرابری در مقابله با انتخاب معکوس، خامه‌گیری و هزینه‌های ارتباطی<sup>۶</sup> می‌باشد. از معایب این سیستم بالا بودن هزینه‌های مدیریتی، انگیزه بالا برای تقاضای القایی ناشی از فراهم کننده<sup>۸</sup> و احتمال بروز مخاطره اخلاقی از سوی بیمه شده است. این سیستم از دو طریق موجب ناکارآمدی می‌شود. اول این‌که رقابتی در بازار بیمه سلامت وجود ندارد. دوم این‌که حق انتخاب را در افرادی که تمایل به پرداخت برای برخی از مسائل سلامت دارند، از بین می‌برد.

(

اگر چه از نگاه تئوریک، مشارکت ملی کامل در ریسک، بروز تفاوت در مصارف قابل پیش‌بینی برای گروه‌های مختلف را از بین می‌برد، ولی جریان اطلاعات و هماهنگی، با توجه به مسائل مدیریتی، گاهاً مشکل‌ساز است. به همین علت در برخی کشورها خرید خدمات سلامت توسط سازمان‌های کوچک‌تری انجام میشود که اصطلاحاً «تجمع ریسک پراکنده» خوانده می‌شود. در چنین سیستمی افراد براساس موقعیت جغرافیایی، نوع اشتغال، ویژگی‌های فردی مانند سن و وضعیت سلامت یا

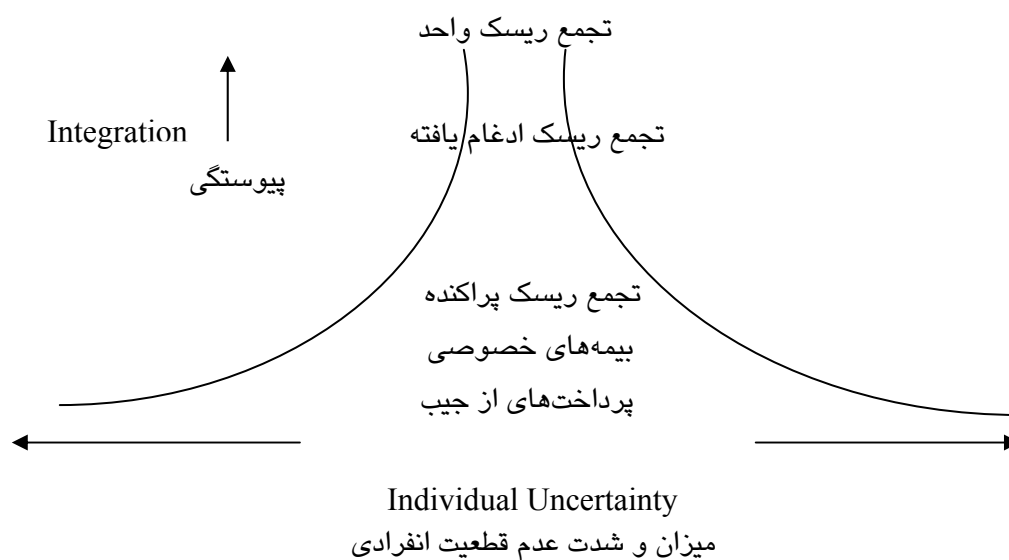
- 
1. No Risk Pooling
  2. Experience Rating
  3. Adverse Selection
  4. Cream Skimming
  5. Externalities
  6. Unitary Risk Pool
  7. Transaction
  8. Induced Demand
  9. Fragmented Risk Pool





انتخاب خود، وارد هر کدام از واحدهای تجمیع ریسک می‌شوند. در چنین شرایطی اگر تعداد زیادی از افراد سالمند و بیمار در یک گروه جمع شوند، در این صورت هزینه سرانه بالاتری خواهند داشت. تفاوت در هزینه و سرانه حق بیمه است که منجر به ناکارآمدی و اضمحلال سیستم می‌شود.

(<sup>۱</sup>) در راستای توجه به مسائل برابری، گرایش به پیوستگی ریسک وجود دارد. در چنین شرایطی باید یک بسته استاندارد از مراقبت‌ها به کلیه شهروندان ارائه شود، بنابراین اولین گام برای پیوستگی، یکسان کردن مبنا و پرداخت سرانه است که در این نظام تعدیلاتی برای ریسک انجام می‌شود. هرچه به سمت پیوستگی بیشتر می‌رویم، عدم قطعیت مصارف سلامت کاهش می‌یابد که از آن بعنوان هرم پیوستگی<sup>۲</sup> نام برده می‌شود (نمودار ۴).



لازم به ذکر است که عضویت در هر کدام از نظام‌های مذکور در هرم پیوستگی می‌تواند اختیاری یا اجباری باشد در صورت اختیاری بودن باید «تور ایمنی»<sup>۳</sup> برای هزینه‌های اسفبار<sup>۴</sup> طراحی و اجرا شود.

( ) . -

قبل از ورود به بحث اصلی ضروری است به نکاتی در مورد نگاه به خدمات سلامت به عنوان کالا

1. Integrated Risk Pool
2. Integration Pyramid
3. Safety Net
4. Catastrophic Cost



اشاره گردد. در دو دهه گذشته روند فزاینده هزینه‌ها و استفاده بیش از حد از خدمات گران‌قیمت مشکلی جدی را برای نظام‌های سلامت پیش آورده است. در این راستا خدمات سلامت عمومی نیز دچار مشکل عدم تأمین کافی منابع و استفاده کم‌تر از حد از آن شده است. اگر چه سیاستگذاران اعتقاد دارند این‌گونه خدمات هزینه اثربخش بوده و از اولویت برخوردارند، این امر، هم در کشورهای در حال توسعه و هم در کشورهای صنعتی اتفاق می‌افتد بنابراین سؤال این است که چه کسی مسئول تأمین منابع این‌گونه مراقبت‌هاست و چه کسی باید برای آن پرداخت کند؟ این‌جاست که بحث کالای عمومی، شبه عمومی و خصوصی در سلامت پیش می‌آید که ذیلاً به آن اشاره داریم:

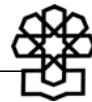
(<sup>۱</sup>) این نوع کالا در مفهوم عام آن انواعی از فعالیت‌های اقتصادی و محصولات است که غیر رقابتی<sup>۲</sup> و غیر انحصاری<sup>۳</sup> بوده و منافع آن علاوه بر خود فرد، دیگران را نیز در برمی‌گیرد. میزان عرضه آن به بازار کم است و لذا نیازمند تأمین از منابع عمومی است. اگر این کالا محلی باشد (مانند پلیس و آتش‌نشانی) دولت محلی و اگر ملی باشد (مانند دفاع عمومی) توسط دولت فدرال ملی تأمین می‌شود. مثال‌های آن در موضوع سلامت مواردی مانند تأمین آب آشامیدنی سالم، ایمنی راه‌ها، کنترل ناقلین بیماری، کنترل آلاینده‌های هوا و محیط زیست و... را شامل می‌شود.

(<sup>۴</sup>) کالاهای عمومی هستند که کم‌تر توسط دولت‌های ملی و محلی تأمین منابع شده و ارائه می‌شوند زیرا مرزهای آنها فراتر از مرزهای کشوری است. سرمایه‌گذاری مهم در کالاهای عمومی جهانی فراتر از انگیزه‌ها و امکانات دولت‌های منفرد بوده و جزء برنامه‌های فراملی است. یکی از این کالاها تولید دانش جدید است که از سرمایه‌گذاری در توسعه و تحقیقات حاصل می‌شود. دانش پدیده‌ای غیر رقابتی<sup>۵</sup> است به این مفهوم که استفاده از آن باعث کاهش فراهم بودنش برای سایرین نمی‌شود. با این نگاه هم از دیدگاه نظری و هم عملی، توافق گسترده‌ای بر سر این موضوع وجود دارد که کالاهای عمومی از طریق منابع عمومی تأمین شود. این‌گونه خدمات عبارتند از: پوشش همگانی خدمات سلامت عمومی مانند توسعه، ترویج سیاست‌ها، سیستم اطلاعات بهداشت عمومی، نحوه مقابله با محیط‌زیست آلوده، جلوگیری از آلودگی هوا، برنامه‌های آموزش بهداشت از طریق مطبوعات، برنامه‌های ریشه‌کنی بیماری‌های دارای ناقل و پیشگیری از بیماری‌های عفونی.

براساس طبقه‌بندی اقتصادی نیز، خدمات سلامت عمومی،<sup>۶</sup> کلیه خدمات جامعه‌نگر و خدمات همگانی سلامت عمومی جزو کالاهای عمومی تلقی می‌شود و همگان حق برخورداری از آن را صرف نظر از نوع پرداخت، دارند. از آنجایی که پدیده «سواری رایگان»<sup>۷</sup> در خصوص این خدمات

---

1. Public Goods  
2. non rivalry  
3. non exclusive  
4. GPGS=Global Public Goods  
5. non-rival  
6. Public Health Services  
7. Free Rider



برقرار بوده و از نظر اجتماعی قابل قبول هستند و تمایل افراد برای پرداخت آن بسیار کم است؛ بنابراین دولت نقش اساسی در تأمین این‌گونه خدمات دارد.

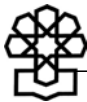
(<sup>۱</sup>) در خصوص کالاهای شبه عمومی<sup>۲</sup> از بعد تئوری اختلاف نظر وجود دارد بعضی معتقدند خدماتی مانند ایمن‌سازی و پیشگیری از بیماری‌های مسری در زمره این کالاها و خدمات بوده و باید هم از طریق دولت و هم مصرف‌کنندگان خدمات تأمین منابع شود. اگر چه در خصوص نسبت مشارکت آن‌ها اطلاعی در دست نیست. در هر حال تأمین منابع برای این‌گونه خدمات بستگی به وضعیت اقتصادی و سطح توسعه آن، نوع سیستم مراقبت‌های سلامت و هزینه ارائه چنان خدماتی دارد. مثلاً در بیشتر کشورهای، خدمات کم هزینه‌ای مانند واکسیناسیون توسط دولت تأمین می‌شود. در خصوص خدمات، دارای هزینه متوسط<sup>۳</sup> مانند درمان سل و مالاریا، اگر پروالانس بیماری پایین باشد، توسط دولت تأمین می‌شود ولی اگر هزینه بالا باشد، به تنهایی از طریق منابع دولتی قابل تأمین نمی‌باشد و مشارکت سایر بخش‌ها را طلب می‌کند. باید توجه داشت در کشورهایی که نیاز به این‌گونه خدمات بالاست و کشور محدودیت منابع برای تأمین آنها دارد استفاده از رویکرد دریافت هدایا<sup>۴</sup> روش انتخابی است. در خصوص خدمات گران‌قیمت مانند درمان ایدز و HIV فقط برخی کشورهای پیشرفته توانایی تأمین منابع آن را دارند. در کشورهای فقیر مانند صحرای آفریقا که پروالانس بیماری بالاست، دولت قادر به تأمین منابع برای درمان این‌گونه بیماری‌ها نمی‌باشد بنابراین نیاز به اولویت‌بندی خدمات وجود دارد مگر این‌که منابع توسط نهادهای بین‌المللی تأمین شده باشد.

در خصوص کالاهای شبه عمومی ممکن است افراد تمایل به پرداخت داشته باشند اگرچه با توجه به پدیده برونزایی<sup>۵</sup> مثبت، جامعه نفع بیشتری می‌برد تا خود فرد. بنابراین سطح رفاه جامعه با تمایل پرداخت افراد به حداکثر خود نمی‌رسد، دولت‌ها برای به حداکثر رساندن این‌گونه برونزایی مثبت لازم است نقش مثبتی را در تأمین منابع خدمات فوق ایفاء کنند. علاوه بر آن دولت باید در برخی از کالاهای خصوصی<sup>۶</sup> مانند غربالگری سرطان، که در سلامت عمومی دارای اهمیت تلقی می‌شود، ایفای نقش نماید.

(<sup>۷</sup>) کالاهایی هستند که رقابتی<sup>۷</sup> و قابل حذف<sup>۸</sup> بوده و منافع آن به خود فرد می‌رسد و دیگران از آن نفعی نمی‌برند و برونزایی در آن صفر یا حداقل است، مثال‌های آن در سلامت عبارت است از: مراقبت‌های اولیه، ثانویه و ثالثیه مربوط به بیماری‌های غیر عفونی. در مقوله خدمات سلامت مواردی مانند غربالگری سرطان، مراقبت‌های قبل‌زایمان، مشاوره‌های پیشگیرانه، اگرچه به طور سنتی کالاهای خصوصی تلقی می‌شوند ولی با توجه به عدم آگاهی افراد

---

1. Quasi Public goods  
2. Quasi Public goods  
3. Medium cost  
4. Donor support  
5. Externality  
6. Private goods  
7. rivalry  
8. excludable



از چگونگی بروز آن، یا عدم اطمینان از نوع مزایای حاصله و تمایل کم مردم جهت بهره‌مندی از آنها، دولت‌ها در ارائه آن سرمایه‌گذاری می‌کنند. در اینگونه خدمات هزینه اثربخش، کم هزینه و مطلوب جامعه که کم‌تر هم مورد استفاده قرار می‌گیرند؛ سیاستگذاران تلاش می‌کنند خدماتی مانند تغذیه، که در حفظ جان افراد اثر مثبت دارد و کلیه خدمات پیشگیرانه که اثر برونزایی مثبت در جامعه دارند و هم جامعه و هم بیمه‌گر و هم افراد از آن نفع می‌برند، توسط دولت یا نهاد ثالث، تأمین منابع شود و از پرداخت مستقیم افراد برای آن اکیداً خودداری شود.

از دید تئوریک سنتی بیمه ضررهای اقتصادی ناشی از حوادث غیرقابل پیش‌بینی را پوشش می‌دهد و بنابراین مواردی که احتمال وقوع کم‌تر ولی آثار اقتصادی بیش‌تر دارد و در حد توان مالی بیمه شده نیست، پوشش داده می‌شود از آنجایی که خدمات پیشگیرانه و خدمات بهداشت عمومی، اولاً عدم اطمینان نداشته؛ ثانیاً ضرر اقتصادی بالایی ندارد، بنابراین در پوشش بیمه قرار نمی‌گیرد. ولی خدمات فوق از هزینه‌های بالای درمان جلوگیری می‌کند و هزینه اثربخشی بالایی دارد، لذا بیمه‌گران امروزی تمایل به پوشش مالی خدمات پیشگیرانه پیدا نموده‌اند.

با توجه به موارد بالا ضروری است دولت‌ها از منابع موجود برای ارائه خدمات، اولویت‌بندی هزینه اثربخشی داشته باشند، هم به طور نسبی نسبت به همدیگر و هم در مقایسه با خدمات درمانی مختلف.

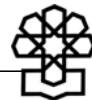
از این منظر اگر بخواهیم نگاهی به وضعیت ایران داشته باشیم باید بگوییم در جامعه کنونی ایران، با توجه به قوانین موجود و سازوکارهای فعلی خدمات سلامت، سه سطح از خدمات ارائه می‌شود.

۱. خدمات عمومی و پایه: که شامل خدمات بهداشتی، پیشگیری و PHC بوده و از محل منابع عمومی (مالیات و یارانه و...) تأمین شده و به صورت رایگان در اختیار آحاد جامعه قرار می‌گیرد.
  ۲. خدمات اساسی: که شامل خدمات پایه درمانی بوده و از محل مشارکت‌های بیمه‌ای مانند مشارکت‌های دستمزدی در تأمین اجتماعی (۹/۲۷) و سرانه حق بیمه درمان در سایر سازمان‌های بیمه‌گر تأمین می‌گردد.
  ۳. خدمات مکمل: شامل درمان‌های مکمل و زیبایی که با مشارکت کارمند و کارفرما و حمایت‌های قانونی دولت تأمین منابع می‌شود.
- با نگاه فوق به نظر می‌رسد در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تقسیم‌بندی انجام شده در خصوص سه خدمت مذکور به درستی صورت گرفته و تأکید شده است که دولت هیچ وظیفه‌ای در قبال خدمات مکمل، که کالایی خصوصی تلقی می‌شود، ندارد.

- .

مطالعات چهار مدل پایه برای نوع ترتیبات مالی، سازمان و مالکیت فراهم کنندگان نشان می‌دهد:

۱. مدل انگلیسی بی‌وریژ: به صورت سیستم طب ملی است که منابع از مالیات‌های عمومی



تأمین شده و از طریق دولت به شبکه پیوسته فراهم کنندگان عمومی تخصیص داده می‌شود.  
۲. مدل آلمانی بیمه اجتماعی بیسمارک: که مالیات‌های دستمزدی از طریق صندوق‌های بیمه سلامت خودگردان برای خرید خدمات، هم از بخش عمومی و هم خصوصی تخصیص داده می‌شود.

۳. مدل امریکایی بازار آزاد: عبارت است از بیمه‌های خصوصی که در آن حق بیمه‌ها، براساس قراردادهای بیمه سلامت برای خرید خدمات از بخش خصوصی تخصیص داده می‌شود.

۴. مدل مستقیم قرن نوزدهم: که در آن انتقال مستقیم پول بین پزشک و فراهم کننده صورت می‌گیرد. در تقسیم‌بندی دیگری سازماندهی روابط مالی در بخش سلامت می‌تواند یک قطبی<sup>۱</sup>، چندقطبی<sup>۲</sup> یا رقابتی<sup>۳</sup> باشد. در سیستم‌های تک قطبی رابط مالی معمولاً یک نهاد عمومی مانند دولت یا شرکت بزرگ سلامتی می‌باشد. در سیستم چند قطبی تعداد کمی از رابطین بزرگ مالی وجود دارند. در این روش کنترل منابع توسط نهادهای عمومی و خصوصی صورت می‌گیرد مانند شرکت‌های بیمه‌ای یا ترکیبی از آن‌ها و در یک سیستم رقابتی تعداد زیادی از رابطین کوچک خصوصی وجود دارند نمونه شاخص آن سازمان‌های حفظ سلامت<sup>۴</sup> می‌باشند که بسته‌های مشخصی از مراقبت‌های اولیه تا ثالثیه را در ازای مبلغ مشخص حق بیمه پیش پرداخت به صورت سرانه فراهم می‌کنند. از طرف دیگر تأمین و ارائه خدمات ضرورتاً با سازماندهی مالی آن هماهنگی ندارد به طور مثال در بسیاری از کشورهای اروپایی خدمات بیمارستانی به صورت سیستم‌های عمودی ادغام یافته است که سازماندهی مالی و ارائه خدمات آن در یک سازمان متمرکز است.

در کشورهای مختلف ترکیبی از روش‌های فوق وجود دارد که با توجه به شرایط اقتصادی اجتماعی، فرهنگی و ... در هر کشور با کشور دیگر متفاوت است در ذیل به برخی از کشورها اشاره می‌گردد:

: دو روش

مستقیماً از منابع مالیاتی

مشارکت از طریق بیمه اجتماعی

: قبل از ۱۹۸۹ براساس دسترسی آزاد و منابع عمومی دولت، بعد از فروپاشی شوروی با توجه به فضای باز مشکلات زیادی ایجاد شد. شامل: انگیزه‌های انحرافی، کمبود وسایل و تجهیزات پزشکی، انجام خدمات موازی و دوباره در کلینیک‌های مراقبت‌های اولیه و بیمارستان‌ها.

: سیستم کانادا مبتنی بر بیمه عمومی است که در خلال سالیان گذشته از ثبات کافی برخوردار بوده است، در کشور آمریکا پوشش فراگیر جمعیتی وجود ندارد. در این کشور سیستم خدمات عمومی دو بخش عمده دارد سیستم Medicaid برای اقشار کم درآمد که از محل منابع مالیاتی دولت فدرال تأمین می‌شود و Medicare برای افراد بالاتر از ۶۵ سال سن، دیالیزی و ازکارافتادگان دائمی که از محل مالیات‌های دستمزدی تا یک سقف خاص، حق بیمه پرداختی توسط

1. Monopolistic
2. Oligopolistic
3. Competitive
4. Health Maintenance Organizations=HMO



سالمندان و منابع عمومی تأمین می‌شود. در امریکا بخش خصوصی از طریق بیمه سلامت خصوصی تأمین شده و سیستم‌های<sup>۱</sup> HMO و PPO<sup>۲</sup> ایجاد شده و حق‌الزحمه پزشکان عمدتاً به صورت دستمزد در ازای خدمت<sup>۳</sup> پرداخت می‌شود. در این کشور یک نفر از ۶ نفر یا بیمه نیستند یا از بیمه کافی برخوردار نمی‌باشند.

: سیستم‌های بیمه اجتماعی غالب هستند. در آرژانتین ۸۰٪ جمعیت تحت پوشش بیمه بوده و در هندوراس کمتر از ۷ درصد مردم بیمه هستند اگرچه این روند رو به گسترش است. در این کشورها سیستم دو طبقه وجود دارد به گونه‌ای که اقشار ثروتمند جامعه دسترسی بهتری به تسهیلات از طریق بیمه سلامت خصوصی دارند.

: در نیوزیلند سیستم<sup>۴</sup> NHS برقرار است که از ثبات کافی برخوردار می‌باشد در کشور استرالیا از سال ۱۹۸۴ سیستم Medicare فعال شده است که سیستم بیمه سلامت عمومی فراگیر است.

: در این کشورها افزایش نرخ‌های مالیاتی به دو دلیل با مشکل مواجه است: اولاً تمایل سیاسی به افزایش مالیاتی به علت فقیر بودن جمعیت وجود ندارد. ثانیاً مشکل در جمع‌آوری مالیات‌ها وجود دارد. بنابراین منابع اصلی در این کشورها منابع مرکزی دولت می‌باشد و طرح‌های بیمه‌ای اغلب توسط دولت اجرا می‌شود. تأمین منابع از طریق جامعه<sup>۵</sup> نیز در برخی از این کشورها دیده می‌شود این روش سازمان یافته‌تر است و افرادی که در یک اجتماع زندگی می‌کنند فعالیت جمعی را برای دستیابی به اهداف خود انجام می‌دهند. یکی از انواع تأمین منابع با این روش «طرح کارت سلامت» در تایلند است که توسط کارکنان سلامت در ازای دریافت خدمات رایگان برای تعداد مراجعه ثابت به مشترکین در طول یک‌سال، فروخته می‌شود. در این رابطه از طریق سیستم سلامت وام برای تأمین آب سالم و تغذیه مناسب به دارندگان کارت سلامت داده می‌شود.

. -

در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت نقش دولت تولید سلامت تعریف شده است و این امر از طریق ایجاد یک روش تجمع ریسک مؤثر، به عنوان محوریت تولید خوب و ترتیب یک خرید توسعه یافته استراتژیک است. در جهت پوشش فقرا و برخورد با سازوکارهای ضعیف انتقال ثروت، نیاز به بزرگ‌ترکردن «تجمع ریسک»<sup>۶</sup> وجود دارد و این امر از طریق نظام اجباری و پوشش

1. Health Maintenance Organization
2. Preferred Provider Organization
3. FFS = Fee For Service
4. National Health Services
5. LDC= Less Developed Countries
6. Community Financing
7. Risk Pool



همگانی امکان‌پذیر است که در آن مشارکت‌های درآمد محور یا جامعه محور، اصلی اساسی است و اهداف آن باید موارد ذیل باشد:

۱. برابری در پرداخت،
۲. برابری در دسترسی،
۳. تابع بالقوه درآمدی،
۴. سهولت در تجمیع منابع (مالیاتها، حق بیمه یا مشارکت در هزینه،
۵. کارآمدی سیستم مدیریت،
۶. وجود ساختار سازمانی مانند دولت‌های محلی،
۷. وجود بانک‌های اطلاعاتی،
۸. سازماندهی و اداره فراهم‌کنندگان،
۹. ساختار تکنولوژی پزشکی موجود،
۱۰. اولویت‌های سلامت،
۱۱. بزرگی و جغرافیای کشور.

بر این اساس برای حفاظت مردم در مقابل مخاطرات مالی بیماری و دریافت مراقبت‌های مناسب طبی و پیشگیرانه سازوکارهای جمع‌آوری و تجمیع منابع<sup>۱</sup> توزیع ریسک و خرید خدمات سلامت در قالب بیمه سلامت طراحی شده است. چگونگی استقرار سیستم بیمه سلامتی موضوعی است که به شدت برابری، کارایی و سازماندهی سیستم ارائه خدمات سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سیستم‌های بیمه سلامت براساس تعداد صندوق‌های بیمه ای<sup>۲</sup> در دو گروه بزرگ طبقه‌بندی می‌شوند:

(

در این سیستم، یک سازمان واحد (معمولاً دولت) منابع را تجمیع و جمع‌آوری<sup>۳</sup> می‌کند و خدمات را برای آحاد جمعیت ارائه می‌دهد. کلیه شهروندان در یک صندوق تجمیع ریسک واحد تحت پوشش قرار می‌گیرند. این سیستم قدرت انحصاری<sup>۴</sup> در خرید خدمات اعمال می‌کند.

(

در این سیستم سازمان‌های مختلف هر چهار فعالیت تجمیع، جمع‌آوری، توزیع ریسک و خرید خدمات را برای بخش‌های مختلفی از جمعیت فراهم می‌کنند. جمعیت‌های مختلف ریسک‌های سلامت مختلف دارند و مصرف‌کنندگان حق انتخاب بیمه‌گر خود را دارند. سیستم‌های پرداخت کننده واحد در چهار مدل طبقه‌بندی می‌شوند. منطقه‌ای خصوصی، منطقه‌ای عمومی، مرکزی خصوصی، مرکزی عمومی، که تفاوت آن‌ها با همدیگر در میزان تمرکز تأمین منابع، روش اجراء (منطقه‌ای یا مرکزی) و مالکیت در موضوع فراهم کردن مراقبت‌های سلامتی است (عمدتاً عمومی یا عمدتاً خصوصی)،

- 
1. Pooling revenues
  2. Insurance pool
  3. Single Payer systems
  4. Collect Pool
  5. Monopsony Power
  6. Multiple Payer systems

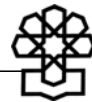


- چگونگی تولید منابع<sup>۱</sup>، تعیین مزایا و ضوابط مربوطه به شدت تحت تأثیر محل تأمین منابع و اجراء می‌باشد و موضوع مالکیت بر رابطه خرید خدمات بین بیمه‌گر و فراهم‌کننده اثر می‌گذارد. تفاوت‌های بین سیستم‌های واحد و متعدد از چهار جنبه قابل بررسی است (جدول ۴).
- فرایند جمع‌آوری منابع از طریق مالیات، حق بیمه، پرداخت‌های از جیب یا سایر روش‌ها.
  - چگونگی تجمیع منابع بیمه‌ای برای گروه‌های مختلف از افراد در جهت حفاظت از آنان در برابر هزینه کامل مراقبت‌های سلامت به‌نگام بروز حادثه یا بیماری.
  - سیستمی که از طریق آن بیمه‌گران، خدمات سلامت را برای ذی‌نفعان خود تأمین می‌کنند.
  - احساس وحدت، وابستگی به همدیگر و اجتماعی بودن بین اعضای یک جامعه که از مشارکت دوجانبه در سیستم بیمه سلامت اثرپذیر است.
- علاوه بر چهار موضوع فوق تفاوت‌هایی نیز در چگونگی تأمین سلامت عمومی، انگیزه برای ایجاد ابتکار و هزینه‌های اجرایی وجود دارد.

۱. برتری در ایجاد یارانه ۲. کارایی تجمیع منابع به دلیل پایین بودن هزینه جمع‌آوری ۳. امکان کنترل جدی هزینه‌ها به لحاظ جلوگیری از موازی‌کاری و صرفه‌جویی ناشی از مقیاس	۱. مؤثر بودن در جمع‌آوری سایر منابع در صورت محدود بودن توانایی دولا برای جمع‌آوری مالیات ۲. بالاتر بودن حساسیت به ترجیحات افراد
۱. عدم نیاز به جمع‌آوری اطلاعات افراد یا گروه‌ها در جهت تنظیم حق بیمه و پوشش ۲. عدم نیاز به تعدیل ریسک	۱. تنوع در محصولات بیمه‌ای و خدمات مناسب برای گروه‌های پرمخاطره به شرط دریافت حق بیمه مربوطه ۱. قدرت انتخاب محصولات بیمه‌ای توسط مردم ۲. عقد قرارداد انتخابی با فراهم‌کنندگان ۳. پاسخگویی در مقابل ترجیحات بیمه‌شدگان
۱. توان بیشتر برای استفاده از سازوکارهای تخصیصی در ارتباط با فناوری	۱. امکان بیشتر برای ایجاد سرمایه اجتماعی و مشارکت مدنی
۱. عادلانه‌تر بودن توزیع بار مالی بین افراد ۲. افزایش همبستگی بین فقیر و غنی	

1. Resource generation
2. Revenue Collection
3. Risk Pooling
4. Social Solidarity





. -

در کشورهای متوسط و کم درآمد، مشکلات سلامت عدیده است. کمبود نیروی انسانی پزشکی و کارکنان پزشکی وجود دارد. وجدان کاری<sup>۱</sup> به علت پرداخت ناکافی و شرایط نامساعد کاری پایین است، تسهیلات و تجهیزات در وضع ایدئال کار نمی‌کند، پاسخگویی نظام سلامت بسیار پایین است، اگرچه در ایران به علت تولید انبوه نیروی انسانی اعم از پزشک و پیراپزشک کمبود کارکنان بهداشتی درمانی وجود ندارد و بالعکس وجود نیروی مازاد بر نیاز با توجه به این امر که تولید انبوه در هر کالایی به نفع جامعه است الا کالای سلامتی، زیرا تولید انبوه کالاهای مصرفی با توجه به قانون عرضه و تقاضا و حضور سیگنال قیمت و کیفیت بین خریدار و فراهم کننده موجب کاهش قیمت‌ها و بهبود کیفیت می‌شود. در موضوع سلامت صرف‌نظر از هزینه‌های بالای آموزش که از منابع عمومی پرداخت می‌شود، نیروی انسانی مازاد با توجه به سطح توقع بالای جامعه از آنان و نیاز مادی فراهم کنندگان، امکان بروز انحراف در انگیزه‌ها و افزایش تقاضای القایی برای خدمات سلامت وجود دارد. اهمیت تفکیک بین مدیریت منابع واقعی سلامت مانند نیروی انسانی، تجهیزات، داروها و سایر منابع ورودی، از انتقال پول که این منابع در جامعه دریافت می‌کنند، بر هیچ کس پوشیده نیست و مشکل تخصیص منابع در کلیه کشورها وجود دارد.

ملاحظات زیادی در مواردی مانند تأمین منابع، جمع‌ریسک، خرید و همبستگی اجتماعی در این‌گونه کشورها وجود دارد که عبارتند از:

(

در این رابطه مشکلات کشورهای جهان سوم عبارتند از:

۱. شواهدی دال بر وجود شکاف بین وضع موجود و وضع ایدئال تخصیص منابع دارد به گونه‌ای که سرمایه‌گذاری در خدمات ثانویه بیمارستانی بسیار بیش‌تر از برنامه‌های سلامت عمومی است و علاوه بر آن تفاوت بین شهر و روستا نیز وجود دارد.

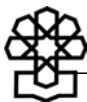
۲. سرمایه‌گذاری در زیر ساخت‌های فیزیکی بدون لحاظ اصل هزینه اثربخشی صورت می‌گیرد.

۳. با توجه به سرعت فزاینده پیشرفت علوم و تکنولوژی سلامت در این کشورها سیستم‌های سلامت در بازسازی ساختار خدمات خود از بعد انسانی، فیزیکی و فناوری‌ها کُند عمل می‌کنند.

۴. کمبود نیروی انسانی ماهر و آموزش دیده، بالاخص در بخش عمومی وجود دارد که بر شرایط کاری و کیفیت خدمات اثرگذار است.

در خصوص تأمین منابع مالی نیز مشکلات ذیل وجود دارد:

۱. توانایی برای بالابردن منابع عمومی: در مقایسه با کشورهای پیشرفته این‌گونه کشورها می‌توانند فقط نیمی از منابع قابل افزایش از تولید ناخالص داخلی را به بخش عمومی سلامت



تخصیص دهند. این رقم در کشورهای فقیر ۱۹ درصد و در کشورهای متوسط درآمد ۳۰ درصد است در صورتی که کشورهای ثروتمند می‌توانند این منابع را تا ۴۴ درصد تولید ناخالص داخلی بالاتر ببرند و بنابراین کشورهای متوسط و کم درآمد، مشکلات زیادی را در ایجاد سیستم‌های واحدی خواهند داشت که عمدتاً بر منابع عمومی تأکید می‌کنند.

۲. مالیات: کشورهای کم و متوسط درآمد کم‌تر از کشورهای صنعتی، بر مالیات‌های درآمدی و شرکتی متکی هستند و سهم عمده‌ای از منابع عمومی را از طریق مالیات بر فروش و سایر مالیات‌های غیرمستقیم تأمین می‌کنند. مالیات‌های غیرمستقیم عموماً پسرونده هستند زیرا فقرا نسبت بالاتری از درآمد خود را در مقایسه با ثروتمندان برای تأمین کالا و خدمات مورد نیاز خود می‌پردازند اگر چه میزان پسرورندگی را می‌توان با هدفمند کردن مالیات‌های غیرمستقیم به سمت افراد درآمد بالا از طریق اعمال مالیات‌های بالا بر کالاهای لوکس مانند اتومبیل هدایت نمود بنابراین در این گونه کشورها کم‌تر می‌توان به مالیات‌های درآمدی متکی بود زیرا عوامل عدم موفقیت در کسب منابع از این طریق عبارتند از: بالا بودن جمعیت روستایی و شاغلین بخش غیررسمی که ظرفیت مالیاتی را پایین می‌آورد، درآمد از طریق اقتصاد غیررسمی، فقدان اصول شهرنشینی، درجات بالای عدم تعادل درآمدها، فرار وسیع مالیاتی طبقات ثروتمند و متوسط و پایین بودن ظرفیت اجرایی مالیات ... و از طرف دیگر کشورهای پیشرفته برای تأمین منابع سیستم واحد منحصراً متکی به سیستم مالیات عمومی هستند.

(

۱. عضویت اجباری بیمه‌ای: در کشورهای پیشرفته و ثروتمند که سیستم واحد جاری است، کلیه آحاد جامعه تحت پوشش اجباری هستند. در کشورهای کم و متوسط درآمد، با توجه به سهم عمده نیروی کار که در بخش روستایی و کشاورزی اشتغال دارند و سایر کارگران در خارج از سیستم اقتصاد رسمی فعالیت می‌کنند، بنابراین امکان اجبار و پوشش فراگیر با مشکل مواجه است.

۲. انتخاب نامطلوب: این پدیده یک تهدید درازمدت در چگونگی بقای جمعیت با نگاه بیمه خرد<sup>۱</sup> می‌باشد و سیستم‌های متعدد امکان کافی برای برخورد با آن در کشورهای کم و متوسط درآمد ندارند، بنابراین ناچارند بین دو امکان موجود تعادل ایجاد نمایند: ظرفیت ناکافی مالی و اجرایی برای ایجاد سیستم واحد، یا پذیرش انتخاب نامطلوب و سیستم متعدد. البته یک گزینه این است که سیستم متعدد را با نگاه ایجاد سیستم واحد در آینده که بتواند کل جمعیت را پوشش دهد، طراحی نمود که این روش با مشکلات عدیده‌ای مواجه بوده و سیستم ناچار است مزایای بخش عمومی را تا حدی کاهش دهد که قابل دسترس همگان باشد.

(

پرداخت‌های از جیب در کشورهای کم و متوسط درآمد سهم بالاتری از مصارف سلامت را نسبت



به کشورهای صنعتی تشکیل می‌دهد با توجه به طبیعت پسرونده بودن این نوع پرداخت و فقدان توزیع ریسک، این سهم بزرگ موجب ناکارآمدی انگیزه‌های پرداخت با استفاده از نظام خرید توسط سازمان‌های بیمه‌ای می‌شود به طور مثال پرداخت هزینه بیمارستانی به صورت روز بستری از سوی بیماران در مقایسه با پرداخت‌های به ازای یک بستری ممکن است موجب کاهش میانگین اقامت بیمار نشود.

(

همبستگی در اثر اختلاف طبقاتی، درآمد، تنوع نیازهای سلامت و پرداخت‌های بالای از جیب دچار مخاطره می‌شود. در کشورهای کم و متوسط درآمد ممکن است تبعیضات درآمدی، منابع و سطح سلامت جمعیت در مقایسه با کشورهای ثروتمند بیشتر باشد. بیش‌تر کشورهای مذکور عمدتاً بر پرداخت‌های از جیب متکی هستند و قابلیت انعطاف درآمد برای تقاضای مراقبت‌های سلامت در میان اقشار فقیر بیشتر است و بنابراین پرداخت‌های از جیب منجر به دسترسی بهتر ثروتمندان به مراقبت‌های سلامت می‌شود.

از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که یک پارادایم فراگیر برای سیستم‌های بیمه سلامت وجود ندارد. کشورها در ارتباط با اولویت‌های‌شان، جمعیت، توسعه و سیستم‌های حکومتی متفاوت هستند از آنجایی که هرکدام از نظام‌های واحد و متعدد نقاط قوت و ضعف‌های خاص خود را داراست. کشورها باید این نقاط را براساس نیازها، اولویت‌ها، محدودیت‌های سیاسی و اقتصادی و ظرفیت‌های اداری اجرایی خود مورد بررسی قرار داده و سپس اقدام به اصلاحات نمایند. به همین دلیل اگرچه اجرای سیستم واحد در ایران می‌تواند در تجمیع ریسک و تأمین کافی منابع مؤثر واقع شود ولی ضرورت دارد، قبل از اقدام به چنین کاری تحلیلی جامع از وضع موجود، شرایط کشور، نقطه‌نظرات سازمان‌های بیمه‌ای و سایر مدعیان نظام سلامت صورت گرفته و سپس سیاست‌گذاری سلامت انجام پذیرد.

. -

مطالعه‌ای بر روی کشورهای کم و متوسط درآمد در ارتباط با نقش متغیر پولی و منابع واقعی انجام شده است. در این مطالعه، معیارهای پولی عبارتند از: مصارف سلامت از GDP<sup>۱</sup>، سرانه مصارف کلی سلامت و مصارف سرانه مراقبت‌های عمومی سلامت و سه شاخص منابع واقعی شامل تعداد پزشکان، پرستاران و تخت به ازای هر فرد مدنظر قرار گرفته است (جدول ۵ و ۶). در تمامی کشورها تأمین منابع عمدتاً از پرداخت‌های از جیب و بخش خصوصی صورت می‌گیرد که در دومینیک ۷۲٪ و در السالوادور ۵۷٪، اکوادور ۵۴٪ و در گواتمالا ۵۲٪ و پرو ۴۳٪ است این موضوع در پروفایل منابع هم دیده می‌شود.



شاخص‌های پولی ایران نیز با تخصیص ۵/۵ درصد از تولید ناخالص داخلی به سلامت برابر با ۱۲۶ دلار (۳۳۶ دلار<sup>۱</sup> PPP) و با احتساب سرانه ۲۲۹۰ دلار (۶۱۲۰ دلار PPP) در گروه درآمد متوسط‌هاست، با این تفاوت که در ایران مازاد نیروی انسانی پزشکی و مازاد تخت بیمارستانی وجود دارد به طوری که برابر مصوبات مجلس شورای اسلامی از هفتاد بیمارستان مازاد بر نیاز سازمان تأمین اجتماعی ۳۰ بیمارستان در اختیار وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته و چهل بیمارستان تکلیفی که به موجب مصوبه مجلس در سال ۱۳۶۸ در دوران سازندگی به سازمان تأمین اجتماعی تحمیل شده بود نیازمند تغییر کاربری است.

۴/۴	۴/۴	۸/۳	۳/۶	۶/۵	مصارف (در صد از GDP)	۱
۱۹۷	۱۶۸	۳۴۳	۱۱۹	۲۴۰	سرانه مصارف سلامتی در ۱۹۹۸ به دلار	۲
۱۱۲	۸۰	۱۴۶	۵۵	۶۸	سرانه مصارف سلامت عمومی در ۱۹۹۸ به دلار	۳
۹۳/۲	۹۳/۳	۱۰۷/۱	۱۶۹/۶	۲۱۵/۶	تعداد پزشک به ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت	۴
۱۱۵/۲	۲۷	۳۴/۹	۷۰/۱	۲۹/۹	تعداد نرس به ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت	۵
۱/۳	۱/۱	۰/۸	۱/۶	۲	تعداد تخت به ۱۰۰۰ نفر	۶

۳	۲/۶	۴/۳	۶/۳	۴/۱	مصارف (درصد از GDP)	۱
۸	۵	۱۱	۱۱	۹	سرانه مصارف سلامتی در ۱۹۹۸ به دلار	۲
۱/۳	۱/۲	۲/۱	۲/۸	۱/۳	سرانه مصارف سلامت عمومی در ۱۹۹۸ به دلار	۳
۱/۴	۳/۳	۶/۳	۲/۸	۳/۸	تعداد پزشک به ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت	۴
۰/۹	۰/۱	۰/۲	۱/۳	۱/۴	تعداد تخت به ۱۰۰۰ نفر	۵

. -

همان‌گونه که در هرم پیوستگی مشهود است در جهت مقابله با عدم قطعیت بسته به شرایط اجتماعی اقتصادی کشور، توان پرداخت مردم و منابع در اختیار از سازوکارهای «پرداخت از جیب» تا «تجمع ریسک واحد» می‌توان بهره برد.

هم اکنون روش‌های متفاوتی برای تأمین منابع به منظور حفاظت از مردم در مقابل مخاطره



مالی ناشی از بروز بیماری در ایران وجود دارد به گونه‌ای که هر سه روش متداول در جهان در کشور رایج است:

● سازمان بیمه خدمات درمانی کشور منابع خود را از طریق دریافت «سرانه حق بیمه» صرف‌نظر از نوع خدمت، وضعیت قبلی بیماری افراد، سن، جنس، میزان ریسک ابتلا به بیماری، ... به صورت مبلغ ثابت به ازای هر فرد تحت پوشش تأمین می‌کند.

● سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح علاوه بر روش «سرانه حق بیمه» منابع مازادی را به صورت کمک و بیمه مکمل دریافت می‌کند.

● کمیته امداد امام (ره) علاوه بر دریافت «سرانه حق بیمه» مبالغی را از اعتبارات عمومی کشور و همچنین از محل اعانات و خیریه نیز دریافت می‌کند.

● سازمان تأمین اجتماعی نه درصد از دستمزد مشمول دریافت حق بیمه اجتماعی بیمه شدگان اجباری و سرانه درمان خویش‌فرمایان را صرف هزینه‌های درمانی می‌کند.

● برخی سازمان‌ها و نهادها (بانک‌ها، شهرداری، صدا و سیما، شرکت نفت و ...) منابع را از محل اعتبارات عمومی یا اعتبارات در اختیار صرف هزینه‌های درمانی می‌کنند.

● اغلب سازمان‌های دولتی و شرکت‌های وابسته به دولت منابعی را تحت عنوان «هزینه‌های رفاهی» به درمان کارکنان خود اختصاص داده و خدمات سلامتی پایه را با نرخی چند برابر تعرفه‌های مصوب خریداری کرده و از این طریق به نابرابری دامن می‌زنند.

بررسی روش‌های فوق بیانگر این حقیقت است که نظام‌های تأمین منابع موجود در کشور از ابعاد کارایی و عدالت مناسب نیستند چرا که انتخاب نوع تأمین منابع است که نشان می‌دهد آیا سازوکار جمع‌آوری منابع برای مقابله با مخاطره مالی ناشی از بیماری، پیش‌رونده<sup>۱</sup> است یا پس رونده<sup>۲</sup>. در نوع پیش‌رونده سهم مشارکت، با افزایش درآمد افزایش می‌یابد، بنابراین داراها بیش‌تر از ندارا پرداخت می‌کنند، در نوع پس رونده، برعکس فقرا به نسبت بیش از داراها پرداخت می‌کنند. نرخ‌های ثابت مالیاتی<sup>۳</sup> بیانگر سهم ثابتی از درآمد افراد را صرف‌نظر از درآمد واقعی آنان ملاک محاسبه قرار می‌دهد، ولی مالیات‌های درآمدی<sup>۴</sup> پیش‌رونده‌ترین سازوکار تأمین منابع است و تحصیل‌کنندگان درآمد بالا نرخ بالاتری از مالیات بردارند. مالیات‌های دستمزدی<sup>۵</sup> معمولاً مالیات ثابت است و افراد صرف‌نظر از درآمد واقعی نرخ یکسانی را می‌پردازند. مالیات‌های دستمزدی از آنجایی که دارایی مالیاتی<sup>۶</sup> نمی‌باشد در کشورهای در حال توسعه که بیش‌ترین ثروت به صورت دارایی<sup>۷</sup> است کارکردی پس‌رونده دارد. روش‌های حق بیمه ثابت<sup>۸</sup> مانند روشی که در ایران بصورت سرانه مصوب خدمات درمانی جاری است و پرداخت از جیب پس‌رونده‌ترین

1. Progressive
2. Regressive
3. Flat Tax
4. Income taxes
5. Pay roll taxes
6. Tax assets
7. assets
8. Fixed Premium



گزینه‌های تأمین منابع هستند که در آن هر فردی صرف‌نظر از میزان درآمد خود رقم یکسانی را پرداخت می‌کند و لذا بخش بیش‌تری از درآمد فقرا نسبت به داراها دریافت می‌شود. از آنجایی‌که سیستم‌های بیمه‌ای از طریق تأمین منابع پیش‌رونده است که می‌توانند برای هزینه مراقبت‌های سلامتی افراد کم درآمد یارانه برقرار کنند. از آنجایی‌که بجز سازمان تأمین اجتماعی سایر سازمان‌ها از پس‌رونده‌ترین نظام‌های تأمین منابع بهره می‌برند لذا نظام تأمین منابع سلامت در کشور از ابعاد عدالت و کارایی مناسب نیست و ضرورت انجام اصلاحات در آن وجود دارد.

در نگاه کلی‌تر وجود ۲۶ درصد بیمه نشده به تعبیری و حدود ۱۳ درصد به تعبیری دیگر و فقدان نظام هدایت بیمار همراه با باز بودن بخش عرضه و تقاضا، به این مفهوم که بیمه شده مختار است به هر مرکز درمانی که تمایل دارد، طرف قرارداد یا غیر طرف قرارداد مراجعه نماید و هیچ‌گونه محدودیتی برای این تصمیم خود ندارد و از طرف دیگر فراهم کننده خدمت می‌تواند بیمار را به هر مؤسسه تشخیصی، آزمایشگاهی، تصویربرداری و حتی بیمارستانی ارجاع نماید؛ ضرورت انجام اصلاحات را اجتناب‌ناپذیر می‌کند. نکته دیگر قابل توجه این‌که به علت فقدان نظام هدایت بیمار، امراض مزمن تشخیص داده نمی‌شوند و پیگیری معقول این بیماری‌ها وجود نداشته و فقط بیماری‌های حاد درمان می‌شوند که سازمان جهانی بهداشت از آن به عنوان «سندرم رادار» نام می‌برد.

از سوی دیگر شرایط موجود کشور و نحوه تأمین منابع توسط سازمان‌های بیمه‌ای از مشارکت دستمزدی در تأمین اجتماعی تا حق بیمه ثابت سرانه در بیمه خدمات درمانی و نظام حمایتی در کمیته امداد امام ره و فقدان وحدت در نحوه تأمین منابع، نداشتن نظام مدون مالیاتی به گونه‌ای که فرار مالیاتی شیوع داشته و درآمدهای افراد ثبت نمی‌شود و از طرفی بیش از نیمی از هزینه‌های سلامت را مردم از جیب خود پرداخت می‌کنند اجازه انتخاب سیستم واحد را نمی‌دهد و در حال حاضر تجمع ریسک پراکنده وجود دارد، همان‌گونه که در موضوع «ریسک ادغام یافته» در صفحات قبل توضیح داده شد اولین گام برای پیوستگی، یکسان کردن مبنای پرداخت حق بیمه است که در این نظام تعدیلاتی برای ریسک انجام می‌شود. بنابراین نخستین اقدام عملیاتی، حرکت به سوی «تجمیع ریسک ادغام یافته» و در نهایت به سمت «تجمع ریسک واحد» می‌باشد. نشانگرهای جهانی که از آنها می‌توان برای اندازه‌گیری موفقیت ریسک ادغام یافته استفاده کرد، عبارتند از:

۱. پوشش بیمه‌ای: نرخ جمعیت تحت پوشش طرح‌های بیمه سلامت.
۲. حق بیمه‌های سلامت: محدوده‌ای که در آن افراد یکسان با ریسک‌های متفاوت حق بیمه‌های مختلفی پرداخت می‌کنند.
۳. تفاوت در بسته مراقبت‌ها: میزان اختلاف در بسته خدمات از یک صندوق به صندوق دیگر.
۴. تفاوت در کیفیت: میزان تفاوت در کیفیت مراقبت‌هایی که اعضای صندوق‌های تجمع ریسک مختلف دریافت می‌کنند (مانند لیست انتظار).
۵. تفاوت در مشارکت در هزینه: <sup>۱</sup> میزان تفاوت در پرداخت‌های از جیب در صندوق‌های ریسک



مختلف.

وجود ناکارآمدی در نظام ارائه خدمات سلامتی در کشور موجب شد طرح دو شوری» الزام دولت به اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده» توسط بیش از هفتاد نماینده مجلس ارائه گردد. در عین این که قانون برای اجرای آن در کشور وجود دارد مانند قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و قانون ساختار نظام رفاه و تأمین اجتماعی. اگرچه کمیسیون مربوطه در اولین شور رأی به مسکوت ماندن طرح به مدت شش ماه داد ولی عمده ترین دلیل مخالفت، ایجاد صندوق مشترک بیمه ای توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی بود که به شدت مورد مخالفت سازمان های بیمه گر قرار گرفت چرا که از یک طرف مبنای دریافت حق بیمه و نحوه جمع آوری منابع در سازمان های مختلف با توجه به شرح پیش گفت بسیار متفاوت است و از طرف دیگر توجه به هرم پیوستگی بیانگر این واقعیت است که در کشوری که هیچ گونه نظام بیمه ای وجود ندارد ایجاد سیستم واحد بسیار سهل و آسان است ولی در کشورهایی که از قبل دارای ساختارهای، هر چند ناکارآمد بیمه ای هستند، به ناچار باید مراحل گذار از هرم پیوستگی را پیمود و به همین دلیل است که توصیه می شود برای رسیدن به هدف آرمانی «تجمیع ریسک واحد» باید از مرحله گذار «تجمیع ریسک ادغام یافته» عبور کرد زیرا نظام های بیمه ای کشور هم اکنون در مرحله تجمیع ریسک پراکنده قرار دارند.

در تأیید این موضوع مقایسه دو روش جمع آوری منابع رایج در کشور، نظام مشارکت دستمزدی همانند تأمین اجتماعی و نظام سرانه همانند سازمان های خدمات درمانی کشور و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح خود بیانگر واقعیات انکارناپذیری است.

(

- میانگین حقوق دریافتی کارکنان دولت در سال ۱۳۸۳ بنا به اعلام سازمان بازنشستگی کشوری:

۱۷۶۰ هزار ریال

- بعد خانوار: ۴

- سهم پرداخت هر کارمند بابت درمان: یک سوم از سرانه مصوب ۲۸۰۰۰ ریال به ازای هر فرد

خانوار برای هر کارمند برابر با ۳۷۳۳۳ ریال و سهم دولت دو برابر آن (دو سوم از سرانه) برابر با ۷۴۶۶۶ ریال

- سهم پرداخت هر کارمند بابت کسورات بازنشستگی: ۹٪ از حقوق برابر با ۱۵۸۴۰۰ ریال و سهم

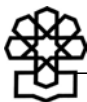
دولت ۱۳/۵٪ برابر با ۲۳۷۶۰۰ ریال و در مجموع ۳۹۶۰۰۰ ریال

- کسورات هر کارمند از بابت بازنشستگی و درمان: ۱۹۵۷۳۳ ریال، سهم دولت ۳۱۲۲۶۶ ریال و در

مجموع ۵۰۸۰۰۰ ریال

(

- میانگین حقوق دریافتی کارکنان دولت در سال ۱۳۸۳ بنا به اعلام سازمان بازنشستگی کشوری:

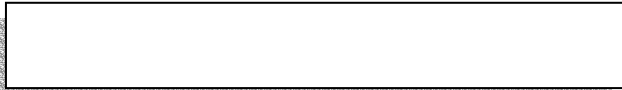
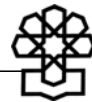


۱۷۶۰ هزار ریال

- بعد خانوار: ۴

- سهم کارمند برابر با ۷٪ از حقوق معادل ۱۲۳۲۰۰ ریال و سهم دولت از بابت حق بیمه کارفرمایی و یارانه (۳٪ کمک به صندوق) برابر با ۲۳٪ و معادل ۴۰۴۸۰۰ ریال و در مجموع ۵۲۸۰۰۰ ریال.  
- سهم درمان برابر با ۹٪ از مأخذ کسر حق بیمه مطابق قانون تأمین اجتماعی برابر با ۱۷۶۰۰۰ ریال برای هر خانوار چهار نفره و برابر با سرانه ۴۴۰۰۰ ریال که ۱/۶ برابر سرانه مصوب است.  
- تفاوت سهم کارمند: ۷۲۵۳۳ ریال در ماه به نفع کارمندان  
همچنان که مشاهده می‌شود با یکسان‌سازی مبنا و انتخاب نظام مشارکت دستمزدی نه تنها منابع بیشتری را در اختیار بخش سلامت کشور قرار می‌دهد بلکه در عین پایداری بیشتر، سهم پرداخت کارکنان نیز کاهش می‌یابد.



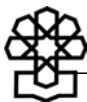


هزینه‌های سلامت، بخش عمده‌ای از مخارج دولت‌ها را به خود اختصاص داده و این مخارج در طول دو دهه گذشته دارای رشد فزاینده‌ای بوده‌اند. طبق بررسی‌های انجام گرفته بخش عظیمی از این مخارج به پرداخت حق‌الزحمه نیروی انسانی و به خصوص پزشکان اختصاص داشته است. بدیهی است، ارائه مراقبت‌های پزشکی در سطحی عادلانه، کافی و با کیفیت یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های بیشتر حکومت‌هاست و تحقق این هدف تا حد زیادی به طراحی و استقرار یک مکانیسم پرداخت کارآمد بستگی دارد.

مکانیسم‌های پرداخت دربردارنده پیام‌هایی است که برخی از رفتارها را برای کسب پول بیشتر تشویق می‌کند یا مانع برخی رفتارهای دیگر می‌شود. آنچه اهمیت دارد این است که باید مراقب تأثیرات هر روش بر رفتار ارائه دهنده خدمت بود. با شناخت تأثیرات و پیامدهای هر روش می‌توان در انتخاب روش مناسب و چگونگی برخورد با تأثیرات سوء آن تصمیم‌گیری کرد. این اهرم کنترلی به عنوان یکی از پنج جایگاه ویژه‌ای در تغییر نظام سلامت دارد.

برخی از ویژگی‌های نظام پرداخت بهینه عبارت است از:

- درآمد معقول برای پزشکان،
- افزایش تمایل به ارائه خدمات با کیفیت،
- عدم تمایل به ترک کشور توسط پزشکان،
- تضمین عرضه مداوم ارائه خدمات،
- جلوگیری از انواع اتلاف و تدارک خدمات غیرضروری،
- تصدی دولت را کاهش دهد،
- نظام اداری و مالی بسیار ساده و کم هزینه‌ای را نیاز داشته باشد،
- باعث افزایش پاسخگویی پزشک شود،
- امکان ایجاد رقابت مثبت در ارائه خدمات را فراهم کند،
- باعث تقسیم ریسک (طول مدت بستری، هزینه دارو و پاراکلینیک، تعداد بیماران ارجاعی و...) بین خریدار خدمت (فرد یا سازمان بیمه) و ارائه کننده خدمت (پزشک، بیمارستان) شود و لذا پزشک هم در ریسک هزینه شریک می‌شود،
- باعث ارائه خدمت پزشک به تمام جمعیت تحت پوشش اعم از سنین مختلف (نوزاد، کودک، جوان و سالمند) شرایط فیزیولوژیک مختلف (بارداری، شیردهی، بیماری‌های مزمن و ...)، جنس مختلف (شهر و روستا) می‌شود و در صورت نیاز می‌توان از پرداخت‌های ویژه و تشویقی مثلاً برای مناطق روستایی استفاده کرد،
- در پرداخت مطلوب میزان هزینه‌ها و در نتیجه میزان منابع به راحتی قابل محاسبه و شفافیت باشد،
- کنترل هزینه‌ها به راحتی انجام شود،



- باعث ارتباط بیشتر بیمار و پزشک شود،
- به راحتی و براساس منابع در دسترس، در هر لحظه بتوان خدمت جدیدی را از پزشک خرید،
- باعث ارائه خدمات بیشتر یا کم‌تر از حد مورد نیاز نگردد،
- امکان نظارت بر کیفیت خدمات براساس خطوط راهنمای استاندارد را فراهم آورد،
- باعث کاهش میزان ارجاع بیمار به سطوح بالاتر شود،
- باعث کاهش هزینه دارو و پاراکلینیک شود،
- باعث جهت‌دهی تلاش‌های پزشک خانواده به خدمات بهداشتی و تغییر شیوه زندگی شود،
- باعث محوریت پزشک خانواده شود.

- .

برخی از نظام‌های پرداخت مشهور عبارتند از:

(

تعریف: دریافت بهای خدمات به ازای هر اقدام درمانی یا فراورده قابل ارائه این شیوه رایج‌ترین روش پرداخت است و از همه بیشتر مورد علاقه بازار است.

- بدون کنترل (خدمت دهنده به اندازه قدرت پرداخت بازار بر خدمت خود قیمت می‌گذارد).
- با کنترل (تنظیم جدول برای نرخ‌ها یا دستمزدها).

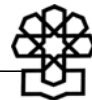
- تشویق تولید خدمات (حتی خدمات غیرضروری).
- افزایش هزینه‌ها.

نظام پرداخت کارانه تولید بیش از اندازه را تشویق می‌کند ولی ممکن است کیفیت خدمات را هم بهتر کند. آثار نظام پرداخت کارانه تا اندازه زیادی به پیشنهاد جدول قیمت‌ها بستگی دارد. به عنوان مثال اگر قرار باشد انجام دادن خدمات ویژه‌ای تشویق شود باید بهای آن خدمت بیش از بهای واقعی تعیین شود و اگر هدف جلوگیری از افزایش تولید خدمت معینی توسط پزشک باشد باید بهای آن کم‌تر از بهای واقعی آن تعیین شود.

( DRG ) :

در این شیوه صرف‌نظر از ترکیب خدمات، مبلغ از پیش تعیین شده‌ای با توجه به تشخیص بیماری پرداخت می‌شود. مثلاً برای جراحی آپاندیسیت، یک تعرفه مشخص تعیین می‌گردد حال، خواه

1. fee-for service
2. Disease Related Group



خدمات اضافه به بیمار ارائه شود خواه این طور نباشد. برای اجرای این روش لازم است بیماری‌ها در گروه‌بندی‌های خاصی قرار گیرند و به هر گروه تعرفه خاصی تعلق گیرد که البته کاری بس دشوار است در این روش، خدمات بی‌مورد ارائه نمی‌شود و به نوعی یکی از مهم‌ترین اشکالات روش کارانه برطرف می‌گردد ولی می‌تواند به شدت سبب کاهش عدالت و کیفیت شود.

( ۱ )

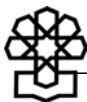
تعریف: پرداخت بدون تبعیض و برای مدت پوشش خدمات است پوشش خدمات هر یک از بیمه شدگان صندوق بیمه بهداشتی در یک مدت معین (معمولاً یکسال) است. این نوع پرداخت براساس یک کاسه کردن خطر توسط خدمت دهنده انجام می‌شود.

- ساده: خدمت دهنده به ازای هر یک از بیماران ثبت نام شده دستمزد می‌گیرد.
- پیچیده: دستمزدها برحسب پارامترهای گوناگون مانند: سن و جنس بیماران و محل اقامت آن‌ها تغییر می‌کند، (هم برای خدمت دهندگان مراقبت اولیه و هم برای بیمارستان‌ها برانزده است).

( ۲ )

تعریف: نظام پرداخت حقوق به طور عادی براساس عقد قرارداد انجام کار بین خدمت دهنده و صندوق بیمه بهداشتی قرارداد و برابر توافق به خدمت دهنده حقوق ماهانه پرداخت می‌شود.

- عدم علاقه کارکنان به ارائه خدمات باکیفیت (بستگی به مدیریت دارد)
- رشد بیش از اندازه از نظر اداری (بروکراسی)
- در نظام مبتنی حقوق پرسش اساسی این است که آیا صندوق بیمه بهداشتی می‌تواند: خدمت دهندگان با حقوق کم‌تری پیدا کند.
- از نظر کمیت و کیفیت کار عملکرد مشابهی را تضمین نماید.
- مدیریت کارسازتر و سازماندهی بهتری را نسبت به خدمت دهندگان مستقل تضمین کند.
- در کل می‌توان مکانیسم‌های پرداخت را به دو شیوه کلی تقسیم‌بندی نمود:
- عناصر آینده‌نگر که مستقل از ارائه خدمت هستند و قبل از این‌که خدمتی ارائه گردد تکلیف آن‌ها روشن است مانند تعیین تعرفه در مکانیسم کارانه. به عبارت دیگر، در این‌جا اول تکلیف تعرفه و پول تعیین شده و سپس خدمت ارائه می‌شود.
- عناصر گذشته‌نگر که تابع ارائه دهنده خدمت می‌باشند مثل جمعیت تحت پوشش در مکانیسم سرانه که هرچه تعداد افراد بیشتر باشد، پول بیشتری به ارائه‌دهنده خدمت پرداخت می‌شود. در



اینجا اول جمعیت تحت پوشش مشخص می‌گردد و بعد پول برحسب آن پرداخت می‌شود. ترکیب خدمت در پرداخت کارانه هم یک عنصر گذشته‌نگر است.

هر چقدر از کارانه به سمت سرانه حرکت کنیم از عناصر گذشته‌نگر مکانیسم پرداخت کاسته می‌شود و به عناصر آینده‌نگر آن افزوده می‌گردد. با کاهش عناصر گذشته‌نگر از ریسک مالی پرداخت کننده کاسته و به ریسک مالی ارائه‌کننده افزوده می‌شود. حال باید راه‌هایی را که ریسک بالای ارائه‌دهنده خدمت را کاهش می‌دهد، شناسایی کرد زیرا معمولاً ارائه‌دهنده خدمت با استفاده از این راه‌ها سعی دارد ریسک مالی خود را کاهش دهد که باید با به کارگیری مکانیسم‌های کاهش ریسک مانع آنها شد. استفاده از هر یک از مکانیسم‌های پرداخت الزاماتی دارد که باید با توجه به آمادگی نظام ارائه خدمات برای رعایت آنها مکانیسم مناسب را انتخاب کرد. در جدول ۷ نظام پرداخت در چند کشور عضو اتحادیه اروپا آورده شده است. در جداول ۸ الی ۱۱ نیز مروری کلی بر نظام‌های پرداخت، معایب و مزایای هر یک از آنها دارد.

بلژیک	جدول دستمزدها (طرف قرارداد) - پزشکان غیر طرف قرارداد به صورت آزاد
دانمارک	حقوق - برای متخصصین به ازای هر فعالیت یک مبلغ ثابت
آلمان	جدول دستمزدها (براساس میزان خدمات انجام شده)
یونان	از طریق مؤسسات بیمه‌گر
اسپانیا	حداقل حقوق + پرداختهای تکمیلی (شاغلین بیمارستان‌ها) و کارانه برای سایرین
فرانسه	جدول حقوقی (برای پزشکان مناطق آزاد و پزشکان دارای پروانه قبل از سال ۱۹۸۰ قابل افزایش است)
ایرلند	سرانه سالانه - پرداخت اضافی برای خدمات تخصصی و خدمات غیر تحت پوشش
ایسلند	حقوق + کارانه (پزشکان شاغل) - سایر پزشکان صرفاً کارانه
ایتالیا	پزشکان استخدام شده حقوق می‌گیرند - پزشکان عمومی و متخصصین اطفال و پزشکان خانواده سرانه
لیختنشتاین	تعرفه
لوکزامبورگ	براساس موافقت کلی
هند	سرانه (پزشک خانواده)
نروژ	حقوق (بخش دولتی) مشارکت مالی بیمارارن - پزشکان بخش خصوصی: کمک‌های دولتی + بیمه
اتریش	ترکیبی (میزان ثابت برای هر بیمه شده - برای هر مورد بیماری و)
پرتغال	حقوق (استخدام شدگان) - کارانه (پزشکان طرف قرارداد)
فنلاند	حقوق (استخدام شدگان) - کارانه (پزشکان طرف قرارداد و بخش خصوصی)
سوئد	حقوق (بخش دولتی) - بخش خصوصی تعرفه ثابت -
انگلستان	موافقتنامه بین مؤسسات بهداشتی و پزشکان مورد تأیید



بیمارستان‌ها و سایر	پزشکان و سایر متخصصان		روش پرداخت
	بخش سلامت	واحد پرداخت	
			مؤسسات ارائه کننده خدمات
×	×	هر یک از اقلام خدمات	کارانه
	×	واحدهای زمان کاری	حقوق
×	×	به ازای هر فرد ثبت شده	سرانه
	×	به ازای هر روز	روزانه
×		به ازای هر بستری	به ازای بستری
×		به ازای هر بستری براساس	بستری تعدیل شده برای
		گروه درمانی	ترکیب مواد
×		به ازای هر ردیف بودجه	گروه درمانی
×		به ازای هر بیمارستان	بودجه کل

:

انتخاب بیماران سالم‌تر	افزایش شدت بیمار گزارش شده	افزایش تعداد خدمات به ازای مراکز مشاوره یا مراقبت قابل مطالبه	افزایش تعداد بیماران درمان شده یا ثبت شده	ارائه کننده	پرداخت کننده	مورد پرداخت	
خیر	بلی	خیر	بلی	هیچ خطری بر دوش ارائه کننده نیست	تمام خطر بر دوش پرداخت کننده	هر مورد از خدمت یا مشاوره	کارانه
خیر	-	-	خیر	پزشک هیچ خطری را متحمل نمی‌شود.	تمام خطرها	کار به مدت یک هفته یا یک ماه	حقوق
بلی	-	-	بلی	بخش پاداش	بخش حقوق	پاداش براساس تعداد بیماران	حقوق و پاداش
بلی	خیر	-	بلی	تا یک سقف تعیین (توقف زیان) تمام خطرها توسط ارائه کننده تقبل می‌شود	در تعداد بالاتر از سقف (توقف زیان)	تمام خدمات پوشش داده شده برای یک فرد در یک دوره زمانی معین	سرانه



:

انتخاب بیماران سالم‌تر	افزایش شدت بیماری گزارش شده	کاهش تعداد ازای واحدهای پرداخت	افزایش تعداد بیماران درمان یا ثبت شده	ارائه‌کننده	پرداخت		
خیر	بلی	خیر	بلی	ارائه‌کننده هیچ خطری را متحمل نمی‌شود	پرداخت کننده تمام خطرهای را متحمل می‌شود	هر مورد از خدمت یا مشاوره	کارانه
بلی	بلی	بلی	بلی	خطر هزینه درمان در یک مورد معین	خطر تعداد موارد و طبقه‌بندی شدت مورد	میزان‌های پرداخت بسته به مورد فرق می‌کنند	پرداخت به ازای بستری با تعدیل از نظر ترکیب موارد
بلی	خیر	بلی	بلی	خطر تعداد خدمات به ازای هر بستری	خطر تعداد موارد بستری	هر مورد بستری	پرداخت به ازای بستری
خیر	خیر	بلی	بلی	خطر هزینه مراقبت‌ها در یک روز معین	خطر تعداد روزهای اقامت در بیمارستان	هر روز- بیمار	پرداخت روزانه
بلی	-	بلی	بلی	تمام خطرهای تا یک سقف مشخص (توقف زیان) بر عهده ارائه کننده است	مقادیر بالای سقف (توقف زیان)	تمام خدمات پوشش داده شده برای یک فرد در یک دوره زمانی مشخص	سرانه
بلی	-	-	خیر	ارائه کننده تمام خطرهای را متحمل می‌شود	هیچ خطری متوجه پرداخت‌کننده نیست	تمام خدماتی که توسط یک مؤسسه ارائه کننده در یک دوره زمانی مشخص ارائه می‌گردد	بودجه کلی

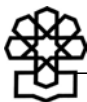


ارائه کنندگان از این روش طرفداری می‌کنند؛ کمیت خدمات به ازای هر بیمار و ارائه کلی خدمات، افزایش می‌یابد؛ تورم‌زا است؛ ممکن است به دلیل درمان بیش از حد و استفاده بیش از حد و استفاده بیش از حد داروها، کیفیت کاهش یابد	کارانه
کارایی خدمات بیمارستانی را ارتقا می‌دهد؛ تا حدی سبب افزایش موارد بستری می‌گردد؛ ممکن است به دلیل اقامت بسیار کوتاه در هر بستری و استفاده کمتر از حد از آزمون‌ها، کیفیت کاهش یابد	موردی
نسبت به کارانه، خاصیت تورم‌زایی کمتری دارد؛ طول مدت بستری در بیمارستان را به طور قابل توجه افزایش می‌دهد؛ ممکن است کمیت خدمات در هر روز کاهش یابد	پرداخت روزانه
خدمات بی مورد را به طور قابل توجه کاهش می‌دهد؛ کارایی را ارتقا می‌بخشد؛ ممکن است بیماران به طور کامل درمان نشود؛ امکان انتخاب خطر توسط ارائه‌کنندگان وجود دارد	سرانه
سبب ارتقای کارایی می‌شود؛ اثربخش‌ترین روش در کنترل هزینه‌های تورمی سلامت است؛ امکان کاهش کیفیت وجود دارد؛ در صورتی که اعطای بودجه مستلزم یک استاندارد حجمی باشد، احتمال افزایش کمیت وجود دارد	بودجه کلی
انگیزش برای درمان بیش از حد بیماران را حذف می‌کند؛ کمیت برون ده در ساعت، ممکن است کاهش یابد؛ احتمال کاهش کیفیت مراقبت وجود دارد؛ ارائه‌کنندگان، بیماران را به مطب‌های خصوصی خود ارجاع می‌نمایند	حقوق

. -

به منظور طراحی نظام پرداخت بهینه لازم است وضع موجود پرداخت حقوق و دستمزد در کشور بررسی شود.

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که در حال حاضر روش موجود پرداخت حق‌الزحمه کارکنان بخش بهداشت و درمان در بنگاه‌های مختلف ارائه خدمات سلامتی از سیستم‌های مختلفی تبعیت می‌کند که در جدول ۱۲ نشان داده شده است.



SP-F.F.S-P.C	-	-	F.F.S-PC	-	F.F.S	-	پزشک فوق تخصص
F.F.S-PC	PC-SP-F.F.S	PC-SP-F.F.S	F.F.S	SP-F.F.S-P.C	F.F.S	-	پزشک متخصص
F.F.S-PC	PC-SP-F.F.S	PC-SP-F.F.S	SP-PC-F.F.S	PC-SP-F.F.S	F.F.S	S.P	پزشک عمومی
F.F.S-PC	SP-F.F.S	PC-SP-F.F.S	SP-F.F.S	SP-F.F.S	SP-F.F.S	S.P	پیراپزشکان

- کارانه به ازای هر واحد خدمت FFS : Fee For Service

- کارانه به ازای هر مورد بیماری PC : Per Case

- حقوق ماهانه SP : Salary Payment

اگر اجرای نظام ارجاع مد نظر باشد می‌باید در مقوله نظام‌های پرداخت به پزشکان و متخصصین تحقیق بیشتری صورت گیرد تا ضمن ایجاد انگیزش در آنان، سرویس‌دهی بهتری به بیمار ارائه شود و بیمار گیرنده خدمت هم انگیزه بیشتری برای گرایش به نظام ارجاع پیدا کند. به نظر می‌رسد در سطح اول انتخاب نظام سرانه به عنوان سقف پرداخت و پرداخت به ازای خدمت (کارانه) به عنوان روش انتخاب مناسبی باشد. به این شکل که به پزشک خانواده به ازای هر مورد خدمت ثبت شده پرداخت صورت می‌گیرد ولی سقف پرداخت به میزان سرانه تعیین شده است. در سطح دوم کارانه شیوه مناسبی است به شرط این‌که با قدرت دادن به پزشکان خانواده با تقاضای القایی مقابله نمود و فرهنگ مصرف را بهینه ساخت.

در سطح سوم باید بیمارستان‌ها را طرف حساب قرار داد و براساس یکی از روش‌های آینده‌نگر (ترجیحاً DRG) پرداخت را صورت داد. بیمارستان‌ها نیز در پرداخت به پزشکان اختیار داشته باشند.

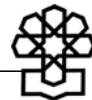
. -

با توجه به لزوم تغییر در نظام پرداخت در جهت ایجاد انگیزش برای کلیه فراهم کنندگان خدمات، بازبینی در تعرفه‌های پرداخت الزامی به نظر می‌رسد.

در این قسمت باید تعرفه کلینیکال (حق‌العلاج) از تعرفه تکنیکال جدا گردد و هزینه هتالینگ به شیوه‌ای منطقی محاسبه شود به نحوی که ضمن این‌که تعرفه‌ها منطقی می‌شوند تمایل برای استفاده بی‌رویه از تجهیزات پزشکی مهار شود.

باید توجه داشت که تعرفه‌گذاری خدمات سلامت نقش بسیار عمده‌ای را در چگونگی ارائه

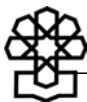




خدمات بر عهده دارد. در ایران متأسفانه به این نکته اساسی توجه نشده است و دو اتفاق ناخوشایند رخ داده است. اول این‌که:

طب مادر که طب داخلی است در تخصص‌ها مضمحل گشته و بدنه طب که پزشکی عمومی است در ارزشگذاری و تعرفه‌گذاری از بین رفته است. برای مثال وقتی ویزیت یک متخصص قلب که ده دقیقه زمان می‌برد ۱۹۰۰۰ ریال است و همین متخصص برای انجام یک اکو کاردیوگرافی که همین زمان را می‌برد ۲۱۶۲۰۰ ریال دریافت می‌کند که تقریباً ۱۱ برابر ویزیت است و هزینه تکنیکال آن حدوداً ۵۰۰۰۰ ریال است چگونه انتظار داریم این اتفاقات رخ ندهد و استفاده از تجهیزات پزشکی کاذب افزایش نیابد؟! در واقع ما با تعرفه‌گذاری اشتباه بالاجبار همه را در جهت القای مصرف بی‌رویه تجهیزات جدید مجبور کرده‌ایم.

اتفاق دوم تجاری شدن طب است ما با اولویت دادن به خدمات پاراکلینیک عملاً به‌کارگیری این خدمات را تشویق کرده‌اند. به عنوان مثال براساس کار علمی انجام گرفته در سازمان تأمین اجتماعی هزینه واقعی هر کلیشه MRI در سال ۱۳۸۱ در بخش خصوصی معادل ۳۲۰۵۵۵ ریال و در بخش دولتی بدون احتساب سود سرمایه و با لحاظ نمودن استهلاک و هزینه نگهداری ۲۱۹۶۶۷ ریال است. این در حالی است که میانگین هر کلیشه در این سال بر طبق تعرفه مصوب در بخش دولتی معادل ۵۰۰۰۰۰ ریال و در بخش خصوصی معادل ۷۵۰۰۰۰ ریال بوده است. این تفاوت فاحش باعث می‌گردد تمایل به سرمایه‌گذاری در این قسمت به خصوص در بخش خصوصی افزایش یابد و طبیعتاً ایجاد تقاضای القایی را در پی خواهد داشت. این در حالی است که با اصلاح نظام تعرفه‌گذاری و جدا نمودن تعرفه‌های کلینیکال (بالینی) از تکنیکال می‌توان به آسانی این رویه را اصلاح نمود.



عملکرد نظام سلامت و وضعیت سلامت، به روش‌های مختلفی تحت تأثیر رفتار فردی قرار دارند. تغییر رفتار فردی می‌تواند اثر عمده‌ای بر وضعیت سلامت فرد و عملکرد نظام سلامت داشته باشد. افراد، به‌عنوان ارائه‌کننده خدمات و بیمار، به محرک‌های متعددی پاسخ می‌دهند. برخی از این محرک‌ها، از اهرم‌های کنترل<sup>۱</sup> دیگری ناشی می‌شوند: نظام‌های تأمین مالی و پرداخت، ساختارهای سازمانی، مقرراتی و نظارتی. اما رفتارکنندگان نیز در بستری متشکل از فرهنگ و ساختار اجتماعی، عادات، ارزش‌ها، تصورات، باورها و ایده‌های خود، عمل می‌کنند. عمده‌ترین هدف مورد توجه ما این است که چگونه می‌توان از اهرم کنترل رفتار، برای بهبود عملکرد نظام سلامت و پیشبرد اهداف سلامت عمومی استفاده کرد.

در بخش سلامت چهار گروه وجود دارند که رفتار آنان باید مورد توجه قرار گیرد:

رفتار مصرف‌کنندگان،

رفتار ارائه‌کنندگان،

رفتار پذیرش بیمار،

رفتار سبک زندگی.

هر دسته از این رفتارها می‌تواند با اهداف مهمی از اصلاحات بخش سلامت در ارتباط باشد.

تصمیمات مصرف‌کنندگان در مورد زمان، مکان و چگونگی درمان، یک موضوع مهم برای ارتقای عملکرد نظام سلامت است. این تصمیمات شامل انتخاب نوع متخصص امر سلامت (پزشک متخصص در مقابل پزشک عمومی)، سطح تسهیلات سلامت (مراقبت‌های اولیه در مقابل بیمارستان)، زمان و مکان درمان است. این رفتار مصرف‌کنندگان، غالباً تعامل بین متخصص امر سلامت از جمله پزشکان، ماماها و شفاگران سنتی را شامل می‌شود.

تصمیمات ارائه‌کنندگان در مورد درمان، معرف دومین دسته مهم رفتار فردی است که مورد بررسی قرار می‌گیرد. تصمیمات مهم ارائه‌کنندگان عبارتند از: ماهیت درمان از جمله رعایت راهکارهای طبابت، میزان توجهی که به مراقبت‌های پیشگیرانه می‌شود، محل درمان (بیمارستان عمومی در مقابل مطب شخصی ارائه‌کننده) و ارجاع بیماران به سایر ارائه‌کنندگان. دولت در اینجا



تنها نقش آفرین بالقوه نیست؛ زیرا به مسائل اخلاق حرفه‌ای می‌توان از طریق برنامه‌های تغییر رفتار پرداخت که این برنامه‌ها از سوی جوامع تخصصی برای اعضا ارائه شوند. در مجموع هدف بسیاری از راهبردهای تغییر رفتار، اصلاح الگوهای نسخه‌نویسی پزشکان و داروخانه‌ها بوده است. تجویزکنندگان دارو، هدف‌های اصلی بازاریابی دارویی تجاری در بخش سلامت به شمار می‌روند. برای بهبود این مسأله طرحی برای ارائه اطلاعات به پزشکان با استفاده از یک رویکرد بازاریابی اجتماعی ابداع شده است تا رفتار نسخه‌نویسی آن‌ها تغییر یافته، کیفیت و اثربخشی داروهای انتخاب شده ارتقا یابد.

. - -

دسته سوم رفتارهای فردی، شامل تصمیمات بیمار در مورد رعایت دستورالعمل‌های درمانی متخصصان سلامت است. این رفتارها عبارتند از: استفاده از نسخه‌های دارویی، پذیرفتن ارجاع و سایر رفتارهای پیروی از درمان.

بسیاری از راهبردهای تغییر رفتارهای پذیرش بیمار، داروها را هدف قرار داده‌اند. نمونه‌هایی از راهبردهای تغییر رفتار در این عرصه عبارتند از: تلاش‌هایی جهت تشویق بیماران برای مصرف کامل دوره آنتی‌بیوتیک (برای کاهش ایجاد مقاومت ضد میکروبی) و تلاش‌هایی جهت تشویق بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (اسکیزوفرنی، فشار خون بالا و دیابت) برای مصرف داروها به صورت منظم و به موقع.

. - -

چهارمین دسته از رفتارهای فردی، تصمیمات مصرف‌کنندگان در مورد سبک زندگی است که این موضوع به‌ویژه در پیشگیری از بیماری‌ها، آثار عمده‌ای بر وضعیت سلامت دارد. تصمیمات فردی در مورد الگوهای مصرف غذا، سیگار کشیدن، ورزش، روابط جنسی و استفاده از روش‌های ضدبارداری نمونه‌هایی از این رفتارهاست. این رفتارها لزوماً دربرگیرنده تعامل با یک متخصص سلامت یا امکانات درمانی نیستند؛ در واقع این رفتارها غالباً تحت نظر شبکه پیچیده‌ای از تأثیرات، از بازاریابی تجاری پیشرفته گرفته تا فشار ناشی از انتظارات فرهنگی سنتی قرار دارند.

. - -

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که محیط‌های اجتماعی و فرهنگی، بر تصمیمات فردی، به‌ویژه در مورد رفتارهای پیچیده سلامت از جمله مسائل خصوصی تأثیر می‌گذارند.

سیاستگذاران بخش سلامت باید بدانند که استفاده از اهرم کنترل رفتار برای تغییر ارزش‌های اساسی یک جمعیت هدف به جای تغییر رفتار آن جمعیت، بسیار مشکل است. در واقع، تلاش برای



تغییر ارزش‌های اساسی می‌تواند اثربخشی نهایی یک برنامه بازاریابی اجتماعی را از بین ببرد.

. - -

استفاده از اهرم کنترل رفتار، برخی مسائل اخلاقی را ایجاد می‌کند. اولین آن‌ها مربوط به تعادل میان الزامات اخلاقی مختلف است. فرض کنید یک رفتار فرهنگی سنتی باعث کاستی‌هایی در وضعیت سلامت شود (برای مثال، عدم حضور دختران در مدرسه یا برنامه‌های کنترل جمعیت). این امر ممکن است یک هدف آشکار برای یک برنامه بازاریابی اجتماعی به نظر برسد. اما این موضوع مستلزم برخورد با جامعه سنتی است و در این موارد مجریان اصلاحات بخش سلامت با مخالفت‌های درونی شدید مواجه می‌شوند.

این مسائل اخلاقی از یک لحاظ همانند تمام تلاش‌های مربوط به اصلاحات، تردیدهایی اساسی در مورد فرایند ایجاد می‌کنند.

. - -

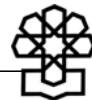
از نگرانی‌های دیگر تلاش‌های مربوط به تغییر رفتار، جنبه‌های عدالت آن است. یک مسأله اخلاقی مهم، آسیب‌پذیری افرادی است که از لحاظ فرهنگی در حاشیه قرار دارند. در سراسر جهان گروه‌های حاشیه‌ای به‌ویژه در برابر چنین تلاش‌هایی آسیب‌پذیر به نظر می‌رسند زیرا قدرت سیاسی لازم برای حفظ فرهنگ خود را ندارند. مشکل در این جاست که چنین گروه‌هایی ممکن است رفتارهایی فرهنگی نیز داشته باشند که عواقب نامطلوب قابل ملاحظه‌ای برای سلامت داشته باشند و لذا پرسش‌های اخلاقی جدی در مورد محدودیت‌های مداخلات تغییر رفتار ایجاد شود.

. -

در مجموع باید گفت برای این‌که در اجرای برنامه‌های سلامت موفق باشیم سه نکته زیر را در خصوص تغییر رفتار ذی‌نفعان مد نظر داشته باشیم:

- اول این‌که تغییر رفتار فردی برای اجرای موفقیت‌آمیز برنامه‌های اصلاحات سلامت، حیاتی است. البته اثربخشی اهرم کنترل رفتار، محدودیت‌هایی دارد و لذا باید در کنار سایر تغییرات مربوط به تأمین مالی، پرداخت، سازماندهی و وضع مقررات در نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرد تا ارتقای مطلوب در عملکرد نظام سلامت حاصل شود.

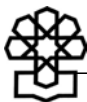
- نکته دوم این است که این اهرم کنترل سعی می‌کند تغییراتی را در رفتار فردی ایجاد کند ولی قصد ندارد ساختار اجتماعی یا پویایی قدرت سیاستگذاری سلامت عمومی را تغییر دهد. البته روش‌های بازاریابی در مباحثات مربوط به سیاست عمومی، شکل‌دهی به تصورات عمومی در مورد ماهیت مشکلات اجتماعی و راه‌حل‌های سیاسی مناسب و تأثیرگذاری بر مقبولیت سیاست‌های



پیشنهاد شده، ضروری است.

- سوم این که تلاش برای تغییر رفتار مستلزم آن است که مجریان اصلاحات سلامت سطح بالایی از تعهد و همچنین درجات بالایی از بازاریابی تخصصی را برانگیزند. شرایطی که بازاریابی اجتماعی به وسیله آن باعث تغییر رفتار مربوط به سلامت شود، به میزان کافی شفاف نشده است به همین علت نیاز به مطالعات دیگری در مورد انواع رویکردهای تغییر رفتار و شرایطی که این رویکردها در چارچوب آن احتمال موفقیت بیشتری دارند، لازم است.

به نظر می‌رسد با شرایط فعلی ایران استفاده از رسانه‌های گروهی به خصوص سیما می‌تواند نقش بزرگی در آگاهی توده مردم داشته باشد. در خصوص ارائه دهندگان خدمت برگزاری کنگره‌ها یا انتشار بولتن که به طور شفاف تغییرات احتمالی و نفع آن برای پزشکان آورده شود می‌تواند راهگشا باشد. سیاستگذاران کشور را نیز می‌توان با جلسات مکرر که مسائل با زبان مناسب با دغدغه‌های آنان بیان شود می‌توان توجیه نمود.



الزام‌ها و راهبردها، مضامینی در جهت بهره‌برداری مطلوب از فرصت‌های پیش‌رو، برای نیل به هدف‌ها و سیاست‌های کلی هستند، این راهبردها از محورهای اساسی و سیاست‌های کلی نظام منشأ گرفته‌اند. چهار مورد الزام و راهبرد، اساس کار ما در تدوین سیاست ملی سلامت است. به منظور شفاف‌تر شدن موضوع در ابتدا مبانی نظری بحث به طور مختصر ذکر می‌گردد و سپس راهبردهایی که مدنظر است ذکر می‌شود.

. -

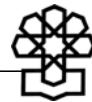
. - -

نظام ارجاع سامانه دسترسی افراد به خدمات نظام سلامت در قالب مسیر هدایت شده و سطوح تعریف شده خدمات است. در این سامانه آحاد مردم برای دریافت خدمات سلامتی در سطح اول به پزشک خانواده به عنوان واحد اصلی ارائه و ثبت خدمات سلامتی (سلامت جسمی، روانی و اجتماعی) مراجعه می‌کنند و در صورت نیاز به خدماتی که امکان انجام آن توسط واحد پزشکی خانواده نباشد پس از معرفی و هدایت او بیماران به مراجع تخصصی سلامتی مراجعه خواهند کرد. معمولاً در این نظام پرونده سلامتی برای هر فرد تشکیل می‌شود و افراد برای مدت معینی تحت نظر یک پزشک خانواده به انتخاب خود قرار می‌گیرند و کلیه اطلاعات بهداشتی، درمانی و هزینه‌ای در پرونده آنان ثبت شده و در صورت تغییر پزشک خانواده این پرونده به پزشک خانواده جدید منتقل می‌شود.

پزشک خانواده فردی است که حداقل دارای مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است. این فرد در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار ارائه خدمات پزشکی است و مسئولیت تأمین جامعیت و تداوم خدمات، مدیریت سلامت و هماهنگی با سایر سطوح را نیز برعهده دارد. پزشک خانواده مسئولیت دارد که خدمات سلامت را در محدوده بسته تعریف شده بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار جمعیت تحت پوشش خود قرار دهد. هر چند پزشک خانواده در صورت نیاز برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده می‌کند ولی مسئولیت تداوم خدمات با او خواهد بود.

(

هدایت و کنترل در تولید و مصرف خدمات سلامت در بسیاری از کشورهایی که در تأمین منابع مالی مشکل یا محدودیت کمتری دارند اصلی پذیرفته شده و معمول است در حالی که در کشور ما، با وجود تأکید بر محدودیت‌های مالی و تنگناهای اعتباری به عنوان یک عامل اثرگذار، هنوز مورد توجه و اقدام جدی قرار نگرفته است.



در مجموع در قرن گذشته خدمات در ساختار نظام سلامت به دو شیوه ارائه شده است: الف) شیوه‌ای که به نام مدل داوسون معروف است و روشی کاملاً نظام‌دار است. مبنای این روش ارائه خدمت در جمعیت تعریف شده است و سازماندهی و هماهنگی همه منابع در سطوح سه‌گانه سلامت در منطقه تعریف شده انجام می‌گیرد. در این روش حرکت بیمار در سطوح مختلف ارائه خدمات به شکل منظم و برنامه‌ریزی شده و متمرکز بر خدمات اولیه انجام می‌شود. این روش در اکثر کشورهای اروپایی، امریکای لاتین، کانادا و کشورهای اسکاندیناوی به کار می‌رود. ب) در شیوه دیگر بخش سلامت فاقد هرگونه نظام‌مندی است. نقش پزشک و حرکت بیمار به نحوی آزاد، بدون برنامه و تعریف نشده بوده و عمدتاً مبتنی بر خدمات تخصصی است که نمونه آن را در امریکا می‌توان دید.

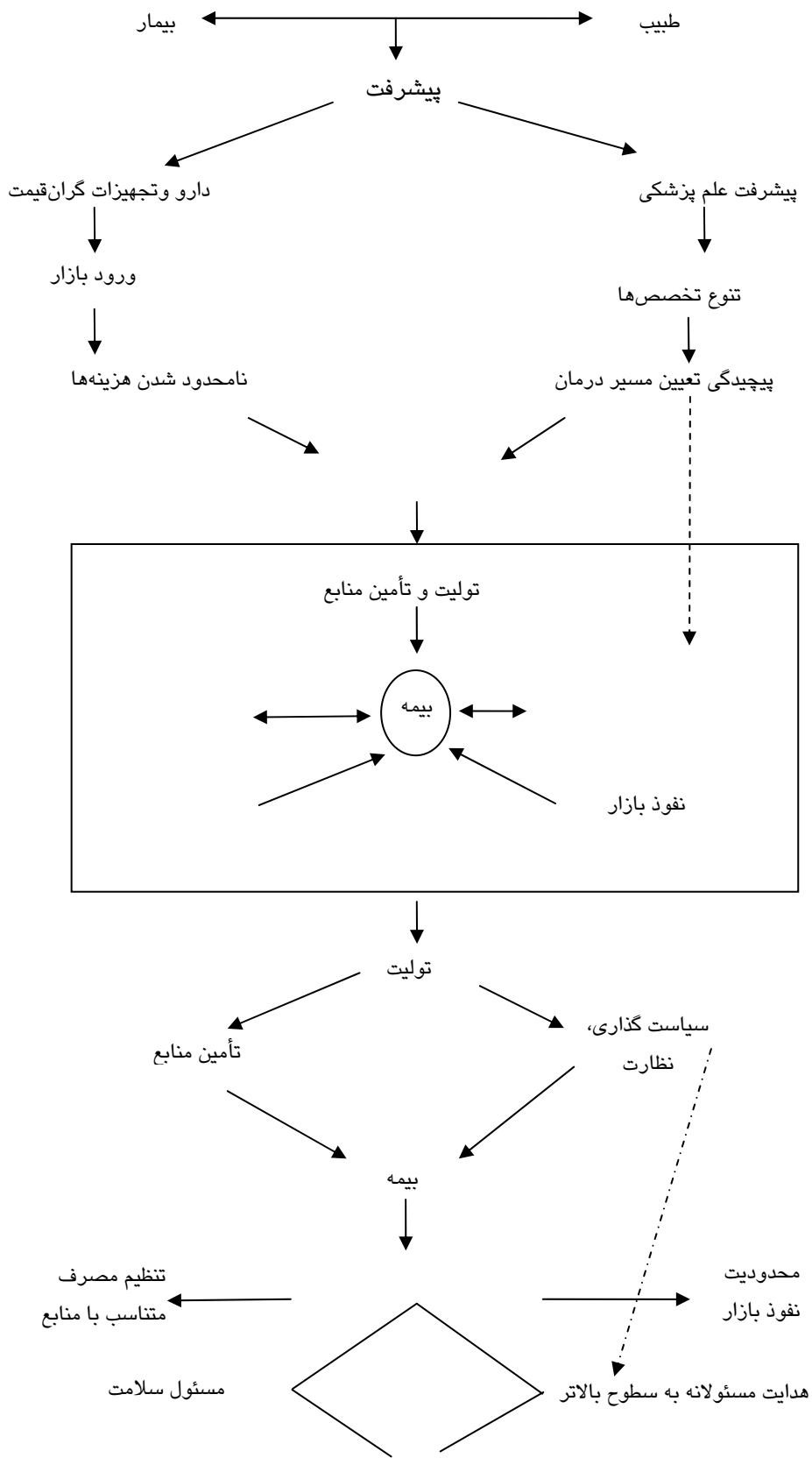
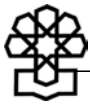
مطالعات نیم قرن گذشته در بخش سلامت نشانگر آن است که شیوه دوم علی‌رغم امکان انتخاب آزادتر، بسیار هزینه‌بر و فاقد سازمان و یکپارچگی است و رشد کنترل نشده خدمات، کاهش کیفیت، کارایی و پاسخگویی را به همراه دارد. امروزه بیش‌ترین تلاش و بزرگ‌ترین اصلاحات مبتنی بر انتخاب شیوه اول همگام با اتخاذ روش‌هایی است که منجر به افزایش رضایت خدمت‌گیرنده باشد.

این شیوه، روش توصیه شده توسط سازمان‌های جهانی از جمله سازمان بهداشت جهانی و گروه مطالعات بین‌المللی دانشگاه هاروارد است.

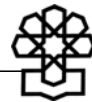
حتی بانک جهانی که سخنگوی آشکار و پنهان نظام‌های سرمایه‌داری است تأکید می‌کند که امر سلامت نباید به مکانیسم‌های بازار و روند عرضه و تقاضا محول شود. زیرا سازوکارهای مبتنی بر بازار خدمات و کالاهای نوین و گران‌بها را براساس تمایل و توانایی پرداخت افراد در اختیارشان قرار می‌دهد. این در حالی است که سلامت به دلایل بسیاری از جمله: عدم تقارن اطلاعات، پیچیدگی و عدم قطعیت در بروز مشکلات بهداشتی و درمانی، قدرت انحصاری پزشکان، وجود عوامل تأثیرگذار خارجی و فواید همگانی نمی‌تواند از قوانین بازار تبعیت کند، (روند شکل‌گیری نظام ارجاع در نمودار ۱ آورده شده است).

در واقع باید گفت خدمات سلامت یک نیاز حیاتی محسوب می‌شود که استفاده‌کننده حق انتخاب در صرف نظر کردن از آن را ندارد و به هر قیمت حتی به بهای از هم پاشیدگی شالوده زندگی باید به تهیه آن اقدام کند.

در مستندات و تجارب جهانی و مطالعات و یافته‌های داخل کشور دلایل زیادی برای اجرای نظام ارجاع برشمرده می‌شود که در ذیل به برخی از آنان اشاره می‌شود.







شناخت کامل بین پزشک و بیمار موجب اعتماد و به تبع آن احساس آرامش و تسکین بیمار در مراجعه به مرجع و پناه خود در قبال کلیه مشکلات جسمی و روحی می‌شود.

تشکیل و تکمیل پرونده پزشکی به عنوان یک گنجینه ارزنده سوابق بیمار از بدو تولد یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر است، چنین پرونده‌هایی نمی‌تواند نزد افراد یا کلیه پزشکان کشور باشد. پرونده پزشکی با کلیه گزارشات سلامت فرد در اختیار پزشک مسئول قرار می‌گیرد و با تغییر وی به پزشک مسئول بعدی منتقل می‌شود.

ورود به وضعیت بهداشت، تغذیه خانوار و فرهنگ‌سازی جهت کاهش علل بیماری و پیشگیری از عود آن لازمه دستیابی به سلامت کامل و از ارکان مراقبت‌های اولیه است که در مسئولیت پزشک خانواده قرار می‌گیرد.

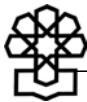
اگر انتخاب نوع تخصص پزشک، به بیمار سپرده شود ممکن است انتخاب آخر وی از چندین متخصص صحیح باشد. این امر موجب سرگردانی بیمار و از دست رفتن فرصت طلایی برای درمان می‌شود.

انتخاب مسیر درمان اگر توسط پزشک انجام شود، مسیر کوتاه‌تر و صحیح‌تر است اگر این مسیر توسط بیمار انتخاب شود می‌تواند موجب سرگردانی بیمار، مسیر طولانی‌تر و پرهزینه‌تر شود. ضمن این‌که در صورت قرار گرفتن بیمار در مسیر غلط درمانی یا درمان اشتباه، پزشک خانواده به عنوان مشاور پزشکی که در جریان پرونده قرار دارد می‌تواند نقش هدایت و صیانت را بر عهده داشته باشد.

طبابت علمی مبتنی بر معاینه کامل و تنظیم برنامه درمانی، بعضاً در چند مرحله صورت می‌گیرد. که این امر منوط به وجود تضمین مراجعات مجدد (در صورت ضرورت) و اجرای دستورات است.

اولویت دادن به معاینه بالینی باعث کاهش استفاده غیرضروری از پاراکلینیک، جلوگیری از مصرف بی‌رویه دارو و سایر عوارض احتمالی می‌شود.

عدم هدایت بیمار سبب مراجعات مکرر و غیرضروری و در نتیجه مصرف بی‌رویه دارو و خدمات پزشکی می‌شود. از طرفی عدم نظارت بر درمان باعث می‌شود که در برخی موارد آخرین اقدام



درمانی به عنوان خط مقدم درمان مورد استفاده قرار گیرد که این امر علاوه بر هزینه‌بری موجب عوارض ناخواسته برای بیمار می‌شود.

پزشک خانواده با اطلاع از وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیمار و امکانات موجود در منطقه می‌تواند تجویز علمی و منطبق با شرایط مذکور داشته باشد. حال آن‌که این امر توسط پزشکان مختلف و بی‌اطلاع از وضعیت بیمار همیشه مقدور نیست.

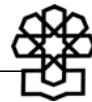
هزینه سلامت می‌تواند نامحدود باشد، هیچ جامعه‌ای توان اقتصادی تأمین چنین بودجه‌ای را ندارد بنابراین براساس توان اقتصادی، تعیین خدماتی که اولویت بیش‌تر دارند ضروری‌تر است. بر این اساس سیاست‌های درمان باید هدایت شده باشد که تضمین اجرای این سیاست جز توسط پزشک خانواده که مسئولیت بیمار را در مقابل بیمه و جامعه دارد و مطمئن‌ترین بازوی اجرایی سیاست‌های سلامت است، مقدور نیست.

پزشک عمومی اساس و پایه طب محسوب می‌شود. گسترش دانش پزشکی و ایجاد تخصص‌های مختلف با تمام مزایایی که دارد موجب شده در بسیاری از حوزه‌ها متخصصان صرفاً به یک عضو توجه کنند و از توجه به سایر اعضا باز بمانند. هر قدر تخصص‌ها و فوق تخصص‌ها متنوع‌تر شوند ضرورت پزشک عمومی که به انسان به عنوان مجموعه‌ای از اعضا و جوارح می‌نگرد و از تخصص‌ها به عنوان تکمیل‌کننده درمان مطلوب استفاده می‌کند و بیمار را به تخصص مورد نیاز هدایت می‌نماید؛ حیاتی‌تر خواهد بود.

بی‌توجهی به این تناسب باعث افزایش مستمر رشته‌های تخصصی، افزایش بی‌رویه هزینه‌ها و در نهایت کاهش کیفیت خدمات می‌شود.

رابطه مالی می‌تواند خدمات مقدس پزشک را به کالا تبدیل نموده و نوع انتظار بیماران را تحت‌الشعاع قرار دهد. تقویت و همگانی شدن بیمه و تأمین مالی صحیح پزشک، تقدس پزشکی را احیا می‌کند.

اعتماد کامل بیمار به پزشک از جمله شرایط ضروری در اثربخشی خدمات محسوب می‌شود (آثار سایکوسوماتیک). اعتماد بیمار به پزشک با افزایش جنبه‌های تجاری کاهش می‌یابد و به همان نسبت آرامش روانی بیمار که اثر جدی در بهبود جسمی او دارد کاهش یافته و حکمت طبابت را کم رنگ می‌کند.



در حال حاضر نظام سلامت کشور تنها در هنگام مراجعه بیمار پاسخگو است و هیچ‌گاه خود به دنبال کشف بیماری یا جلوگیری از وقوع آن نمی‌رود. هدف غایی نظام ارجاع این است که پزشک خانواده به عوض این‌که در انتظار مراجعه بیمار باشد، خود به دنبال بیماریابی باشد. تحقق این امر موجب افزایش سطح سلامت، روشن شدن مشکلات جامعه و به دست آمدن راهکارهای عملی برای رفع آن‌ها می‌گردد.

(

در کل چهار گروه را می‌توان به عنوان ذی‌نفعان نظام سلامت برشمرد:

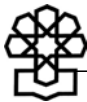
الف) سیاستگذاران،

ب) ارائه‌کنندگان خدمات،

ج) بیمه‌ها،

د) مردم.

- سیاست‌های مصوب تضمین اجرایی پیدا خواهد کرد.
  - پوشش کامل و دسترسی (فراگیری و جامعیت تعهدات) را برای آحاد جامعه فراهم می‌آورد.
  - تشکیل پرونده ملی سلامتی که باید در صدر اقدامات سلامت باشد تحقق می‌یابد.
  - زمینه پایش و نظارت با مشخص شدن مسئول فراهم می‌شود.
  - مدیریت و کنترل هزینه صورت می‌پذیرد و بهره‌وری افزایش می‌یابد.
  - کیفیت ارتقا می‌یابد.
  - فراگیری و استمرار در خدمات صورت می‌پذیرد.
  - استفاده بهینه از منابع انسانی انجام می‌شود.
  - ایجاد هماهنگی بین نقش‌آفرینان عرصه سلامتی صورت می‌پذیرد.
  - بستر لازم برای فرهنگ‌سازی (مصرف صحیح) فراهم می‌آید.
- 
- علمی شدن طبابت از طریق وجود پرونده و سوابق پزشکی بیمار و اطمینان از مراجعه مجدد و دسترسی به بیمار در طول درمان.
  - به افزایش اشتغال منجر می‌شود و درآمدها را متعادل می‌سازد.
  - ارتقای معلومات پزشک با پیگیری بیماری و ارتباط مستمر با پزشکان متخصص از طریق دریافت گزارش بازخوراند صورت می‌پذیرد.
  - نقش مدیریتی به پزشک خانواده به عنوان دروازه‌بان سیستم داده می‌شود.



- ارتقای جایگاه اجتماعی پزشکان عمومی را فراهم می‌آورد و طب عمومی احیاء می‌شود.
- نقش علمی آنان در پژوهش، ارتقای بهداشت، پیگیری و ثبت پرونده و ... احیا می‌گردد.
  
- نقش علمی متخصصین را در انجام کار علمی، ویزیت بیمار واقعاً تخصصی، آموزش زیرشاخه‌های سلامت، پژوهش و پاسخگویی و ... احیا می‌کند.
- حفظ درآمد از طریق مشاوره‌های درمانی و ارائه گزارشات بازخوراند صورت می‌پذیرد.
- ضمن حذف بیماران غیر مرتبط، می‌توانند از طریق ویزیت تعداد کم‌تر بیمار درآمد مکفی داشته و کیفیت خدمات را ارتقا دهند. بررسی‌ها نشان می‌دهد بار مراجعه روستاییان در برخورداری از خدمات سلامت ۳۰ در هزار است در صورتی که این رقم برای کارکنان دولت ۱۰۰ در هزار است که این امر به علت مشکلاتی مانند نبود سیستم غربالگری و ... است که در صورت استقرار نظام غربالگری افزایش بیماری‌دهی همراه با کار دقیق‌تر و درآمد بیشتر حاصل می‌شود. حضور متخصصین محدود در مناطق محروم با فشار کار و استرس کم‌تر همراه خواهد بود زیرا مراجعات غیر تخصصی کاهش می‌یابد و یکی از دلایل فرار متخصصین از مناطق محروم حذف می‌گردد.
- موجب ترویج حضور در مجامع علمی به لحاظ ارتقای دانش می‌شود.
  
- همراه با مسئولیت‌پذیری پزشک خانواده به عنوان مجری سیاست‌ها و عامل اصلی فرهنگ‌سازی در مصرف صحیح هزینه‌ها قابل پیش‌بینی و هدایت شده و متناسب با منابع می‌شود.
- بستر انجام محاسبات بیمه‌ای (آکچواری) فراهم شده و بیمه درمان به عنوان یک صنعت معتبر تکامل خواهد یافت.
- افزایش رضایتمندی بیمه‌شدگان از طریق حفظ حرمت آنان توسط پزشک مسئول و پاسخگو اعتبار بیمه و نقش آن در جامعه را افزایش خواهد داد.
- کنترل و نظارت مالی و درمانی را اعمال و نقش خریدار آگاه و مطلع را پیدا می‌نماید.
- کاهش هزینه‌های اداری و اجرایی را به همراه دارد.
- نگرش از بیمه درمانی به بیمه سلامت تغییر خواهد یافت.
- سهم مردم در پرداخت‌ها تحمیل شده متفرقه جهت خدمات پایه کاهش می‌یابد لذا منابع سلامتی از طریق اعتماد مردم به سیستم بیمه‌ای معتبر و کارآمد و مشارکت بیشتر آنان افزایش خواهد یافت.
  
- با ورود پزشک مسئول در چرخه خدمات سلامت، بیمار مرجعی جهت دریافت مطالبات خواهد داشت.
- از اتلاف وقت و هزینه آنان جلوگیری شود.
- برای ویزیت و بررسی مشکلات درمانی بیماران وقت بیشتری صرف شود.
- رعایت شأن و منزلت خانواده (پزشک و بیمار) صورت می‌پذیرد.
- تشخیص صحیح و به هنگام بیماری‌های نهفته امکان‌پذیر می‌شود.



- حفظ سابقه بیماری از طریق تشکیل پرونده سلامت صورت می‌پذیرد.
- وجود اطلاعات کامل و روزآمد امکان نظارت و صیانت از سلامت افراد را مقدور می‌سازد.
- اطمینان از کیفیت خدمات حاصل می‌شود و خدمات با کیفیت براساس نیاز واقعی به موقع ارائه می‌شود.
- بیمار جهت پیگیری نیازهای درمانی رها نشده و همواره پزشک مسئول را به عنوان عضو خانواده به همراه خواهد داشت.

(

جمع‌بندی نظرات کارشناسان مبین این مطلب است که کلیه صاحب‌نظران و نهادها متفق‌القول بر این عقیده هستند که اجرای نظام ارجاع بسیار ضروری است. در این بین دو نگرانی عمده وجود داشت ۱. کمبود منابع مالی، ۲. عدم صلاحیت پزشکان عمومی.

در خصوص منابع مالی خوشبختانه در بودجه سال ۱۳۸۴ افزایش بسیار چشمگیری یافته و این نگرانی را تا حد زیادی مرتفع نموده است. در خصوص عدم صلاحیت پزشکان عمومی حتی اگر فرض را بر تأیید این مطلب بگذاریم آنگاه دو نکته را باید در نظر داشت اول این‌که در طرح‌های پیشنهادی برای برقراری نظام ارجاع مؤکداً ذکر شده که جهت پزشکان دوره‌های بازآموزی و آموزش‌های تکمیلی برگزار گردد ولی نکته بسیار مهم این است که این پزشکان در حال حاضر نیز به طبابت اشتغال دارند و بر طبق قانون مجاز به انجام هر اقدام تشخیصی و درمانی نیز هستند و در عمل نیز نظارتی بر کار آنها صورت نمی‌گیرد آیا بهتر نیست که این پزشکان را در قالب اجرای نظام ارجاع موظف به رعایت راهکارهای طبابت بالینی نموده و بر کار آنها نظارت علمی و عملی نمود؟! به نظر می‌رسد در این قسمت نیز موضوع بغرنجی در کار نیست.

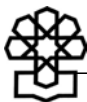
برخی دیگر دلایلی را مطرح می‌کنند که براساس آن ضرورتی بر اجرای نظام ارجاع نیست: به عنوان مثال مطرح می‌کنند بدون نظام ارجاع و از طریق بیمه‌ها (یا کارت هوشمند) می‌توان اطلاعات مورد نظر را به دست آورد و پرونده سلامت تشکیل داد؛ یا بدون نظام ارجاع نیز می‌توان راهکار طبابت را اجرایی نمود.

در پاسخ به شبهه اول باید گفت اگر صرفاً بخواهیم اطلاعات جمع کنیم این حرف درست است ولی باید توجه داشت که ما نیاز به اطلاعاتی داریم که: ۱. دقیق باشد، ۲. علمی باشد، ۳. ضروری باشد، ۴. به هنگام باشد. اگر مبنای اطلاعات بیمه باشد هیچکدام از این اهداف محقق نمی‌شود ضمن این‌که اطلاعات زمانی به دست می‌آید که دیگر اتفاق رخ داده و امکان مداخله وجود ندارد.

در پاسخ به سؤال دوم باید گفت نظارت بر اجرای صحیح راهکارهای طبابت بدون اجرای ارجاع عملی نیست زیرا مسئول مطلع و پاسخگویی وجود نخواهد داشت. چرا که پزشکان بدون اطلاع از فعالیت یکدیگر براساس یافته‌های خود که می‌تواند روزانه تغییر کند اقدامات تکراری انجام می‌دهند بدون این‌که واقعاً تقصیری متوجه آنان باشد و بتوان آن‌ها را بازخواست نمود.

. - -

روشی که در حال حاضر در بیمه‌های درمان کشور مورد استفاده قرار می‌گیرد به دلایل زیادی



منسوخ شده است. از جمله این موارد می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

۱. بیمار می‌تواند تعیین مسیر و ایجاد هزینه کند،
  ۲. ارائه‌کنندگان خدمات می‌توانند آگاهانه یا ناآگاهانه هزینه‌های غیر ضروری ایجاد کنند،
  ۳. بیمه‌ها قادر به انجام محاسبات آکچوآری نیستند. زیرا امکان جمع‌آوری اطلاعات دقیق و واقعی از ضرورت‌های جامعه را ندارند.
- بر این اساس سیاستگذاران نیز نمی‌توانند سیاست‌های خرد و کلان سلامت کشور را تعیین کنند. به نظر می‌رسد در این‌جا نیاز به بازنگری کلی و ایجاد مسیر درمان قابل هدایت و متناسب با منابع و نیازهای جامعه ضروری است.

- - -

در کشور ما به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر ۱/۶ تخت وجود دارد. در کشور ژاپن این عدد ۹ است و در کشورهای اسکاندیناوی از آن هم بیشتر است. اما ضریب اشغال تخت در کشور ما در حدود ۴۶ درصد و در کشورهای پیشرفته در حد ۸۵ درصد است.

دولتی بودن حدود ۸۸٪ از بیمارستان‌های کشور همراه با پرسنل کثیری از متخصصین گروه‌های مختلف پزشکی و امکانات و تجهیزات و ... یک سرمایه عظیم ملی و مورد نیاز حیاتی جامعه است. این مراکز می‌توانند از کارایی بیشتر و کیفیت بهتر برخوردار باشند ولی پزشکان محترم به ویژه در شهرها و شهرستان‌های پرجمعیت این مراکز را محل کار فرعی تلقی نموده و اکثریت غریب به اتفاق آنان با سرمایه‌گذاری‌های سنگین مبادرت به تهیه امکانات خصوصی به عنوان محل کار اصلی می‌نمایند در حالی که این عزیزان رکن اصلی و محرک مراکز بوده و بدون حضور و صرف انرژی کامل آنان هیچ‌گاه این بیمارستان‌ها از فعالیت قابل انتظار به خصوص از نظر کیفی برخوردار نخواهند شد و بدین ترتیب تقاضای مردم روز به روز از مراکز خصوصی (ده درصد امکانات کشور) افزایش یافته و منجر به تحمل هزینه‌های غیرقابل تحمل برای جامعه کم‌درآمد و آشفتگی بیش‌تر بازار سلامت می‌شود. علت اصلی رفتار فوق‌الذکر پزشکان عدم وجود امنیت اداری، تأمین مالی معقول و نداشتن اختیارات مدیریتی است. با واگذاری صحیح مدیریت بیمارستانی می‌توان این مسأله را اصلاح نمود. باید توجه داشت اصلاح وضع موجود به دلایل ذیل تنها با تمام وقت کردن اعضای هیأت علمی و تأمین آنان امکان‌پذیر نیست:

۱. اگر انگیزه لازم و تأمین مالی برای پزشک صورت گیرد ولی بقیه سیستم کار خود را به خوبی انجام ندهد باز هم مریض راضی نمی‌شود.
۲. اگر پزشک در هزینه‌های بیمارستان شریک نباشد، خواه‌ناخواه به برخی مسائل اهمیت داده نمی‌شود و هزینه‌ها بالا می‌رود. به عنوان مثال یک دستگاه الکترو کاردیوگراف که در کشور تولید کننده چند برابر عمر مفید خود (بالغ بر ده سال) مورد استفاده قرار می‌گیرد در بیمارستان‌های دولتی ایران در حدود شش ماه عمر می‌کند.
۳. برای افزایش کمی کار باید به نحوی مجری در سود شریک باشد تا انگیزه افزایش کارایی را



داشته باشد.

. -

. - -

جهت ساماندهی تولید باید در دستور کار قرار گیرد. به نحوی که پزشکان به عنوان رکن اصلی، مراکز دولتی را تنها محل کار اصلی خود بدانند و حیثیت علمی، اجتماعی مرکز به منزله حیثیت کارکنان و اداره کنندگان مرکز تلقی شود در این حالت مردم به عنوان مشتری حق خود را مطالبه می‌نمایند و دولت نیز نظارت عالی خود را خواهد داشت.

. - -

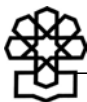
در ساماندهی مصرف چهار اقدام اساسی مد نظر است:  
بر قراری نظام ارجاع و پزشک خانواده،  
سطح بندی خدمات،  
طراحی بسته خدمت،  
تعیین راهکارهای طبابت (Guide line).

. - - ( )

برای تأمین منابع مالی باید در دستور کار قرار گیرد. در اصلاح قوانین بیمه باید نحوه پرداخت به ارائه کنندگان خدمت مورد بازبینی اساسی قرار گیرد همچنین سازوکارهای تعیین تعرفه‌های پزشکی نیازمند تغییر اساسی است به نحوی که تعرفه‌های تکنیکال از کلینیکال جدا شود و هزینه هتلینگ به نحو صحیحی محاسبه گردد.

. - -

یکی از مهم‌ترین مشکلات نظام سلامت در ایران بی‌توجهی به کرامت انسان‌هاست. حفظ کرامت انسان‌ها در گروهی است. در کشور ما به بهانه آموزش، سلامت، شأن و کرامت انسان‌ها به بازی گرفته می‌شود. اساتید و مربیان آموزش پزشکی ما انگیزه‌های لازم را ندارد و به همین دلیل به خصوص در مواقع اورژانس و اوقات غیر اداری عملاً سرنوشت انسان‌ها به دست کادر آموزش گیرنده‌ای سپرده می‌شود که فاقد اطلاعات و مهارت‌های لازم هستند. ضمن این‌که رزیدنت‌های ارشد نیز به دلیل مشکلات معیشتی و اجبار به امتحانات تئوری متعدد عملاً در مواقع ضروری بر بالین بیمار حضور کافی ندارند. با اصلاح و تکمیل مواد آموزشی و اصلاح ساختار آموزش پزشکی همزمان با اصلاح مدیریت مراکز بهداشتی و درمانی، بستر ساماندهی آموزش و حفظ کرامت انسانی فراهم می‌شود.



۱. تأمین خدمات همگانی براساس نیاز سلامتی نه توانایی پرداخت (سلامت به عنوان حق اساسی بشری و حقی همگانی).
۲. ایجاد تعادل بین منابع و مصارف سلامتی و تخصیص انحصاری منابع عمومی برای تأمین خدمات عمومی سلامتی به گونه‌ای که این منابع برای برقراری یارانه در خدمات مازاد سلامت از جمله بیمه مکمل که غالباً جهت خدمات مازاد مصرف می‌گردد، نشود.
۳. تأمین طیف جامعی از خدمات سلامت (شامل مراقبت‌های اولیه، ثانویه و ثالثیه) با نگاه عدالت، هزینه اثربخشی، کارایی و کیفیت مطلوب.
۴. بازنگری در خدمات سلامت براساس نیاز، بار بیماری‌ها و اولویت‌های سلامت کشور، رعایت حقوق بیمار و پاسخگویی به تقاضا و ترجیحات بیماران و خانواده آنان.
۵. پاسخگویی به نیازهای مختلف سلامت آحاد ایرانیان بدون توجه به قومیت، مذهب، جنسیت، سطح اجتماعی اقتصادی، معلولیت و منطقه جغرافیایی در راستای کاهش تفاوت‌های غیرمعقول و ارتقای استانداردهای خدمات در مناطق مختلف جغرافیایی با توجه ویژه به مناطق غیر برخوردار.
۶. تلاش در جهت بهبود مستمر کیفیت خدمات و کاهش خطاهای پزشکی در راستای بهبود کارایی، بهره‌وری و عملکرد نظام سلامت.
۷. پشتیبانی و ارزشگذاری به کارکنان سلامت، از طریق تغییر در نظام پرداخت (مبتنی بر عملکرد)، تأمین فرصت برای ارتقای شغلی، تشویق آموزش و توسعه مهارت کارکنان، تفویض اختیار مبتنی بر شایستگی و اعتماد متقابل و پاسخگویی در قبال مسئولیت ناشی از تفویض اختیار.
۸. تربیت و آموزش نیروی انسانی و رفع نارسایی در آموزش پزشکی با نگاه به حفظ شأن و کرامت انسان‌ها به خصوص بیمارانی که آموزش بالینی بدون حضور و همکاری آنان امکان‌پذیر نیست.
۹. همکاری و همفکری با کلیه ایفا کنندگان نقش در موضوع سلامتی به منظور تضمین خدمات راحت و سریع برای بیماران از طریق مشارکت و همفکری با بیماران و خانواده آنان، همکاری بین بخش‌های سلامت و اجتماعی، سازمان‌های دولتی مختلف، بخش عمومی، سازمان‌های داوطلبانه و کلیه فراهم کنندگان خصوصی که خدمات را در اختیار بیماران قرار می‌دهند.
۱۰. تلاش در جهت حفظ و ارتقای سلامت و کاهش نابرابری‌های سلامتی از طریق کوشش در پیشگیری از بیماری و درمان عوارض سلامتی با این نگاه که سلامت بستگی تام به عوامل اجتماعی، محیطی و اقتصادی مانند آموزش، مسکن، تغذیه و فقر دارد.
۱۱. احترام به حفظ اسرار بیماران و دسترسی آزاد آنان به اطلاعات مربوط به خدمات سلامتی و عملکرد بخش سلامت با نگاه برخوردار شدن مردم از علوم و فناوری‌های جدید براساس اولویت‌های سلامت کشور، امکانات بالفعل و بالقوه جامعه و براساس نیاز افراد نه توانایی مالی آنان.





تحول در سیستم مراقبت‌های سلامتی به گونه‌ای که خدمات سریع‌تر و مناسب‌تر را به منظور بهبود سلامت جامعه فراهم کرده و نابرابری‌های (بی‌عدالتی) سلامت را پشت سر گذاشته و موجب افزایش کیفیت و سال‌های عمر سالم گردد و از این طریق نه تنها طول عمر افزایش یابد، بلکه کیفیت آن نیز بهبود پیدا کند.

کاهش نرخ مرگ و میر ناشی از کشنده‌های اصلی تا سال ۱۳۹۴ هجری شمسی: از بیماری‌های قلبی عروقی تا حداقل ۴۰ درصد در افراد ۵۰ تا ۶۰ ساله، از حوادث ترافیکی و حوادث غیر مترقبه تا ۵۰٪، از مرگ ناشی از بیماری‌های دوران بارداری تا ۸۰٪، از سرطان تا حداقل ۲۰ درصد، از خشونت تا حداقل ۲۰٪، موضوع کلیدی برای دستیابی به این مقصد استقرار چهارچوب خدمات ملی برای بیماری‌های عروق کرونر و اصلاح امور مربوط به ترافیک است. یکی از اهداف این برنامه کاهش شکاف سلامتی در کودکان و در طول زندگی در بین گروه‌های اجتماعی اقتصادی مختلف و بین مناطق محروم و سایر نقاط کشور است. در این راستا برنامه‌ریزی برای از بین بردن مهم‌ترین مشکلات تهدید کننده سلامتی کشور صورت خواهد گرفت:

۱. حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی از جمله: حوادث ترافیکی، سقوط، سوختگی، خودکشی و اقدام به آن، نزاع و قتل.
۲. بیماری‌های قلبی و عروقی از جمله: بیماری‌های ایسکمیک عضله قلب، سکته مغزی و حوادث عروقی مغز، فشار خون و عوارض آن.
۳. سرطان‌ها از جمله: سرطان معده، سرطان ریه، سرطان مری، سرطان پستان.
۴. مشکلات حین تولد از جمله: تولد زود هنگام.
۵. بیماری‌های دستگاه تنفسی از جمله: بیماری‌های قلبی ریوی.

- ساماندهی ارائه خدمات سلامت و تعیین مسئول سلامت برای تک‌تک ایرانیان از طریق پزشک خانواده، انجام مؤثر سطح‌بندی خدمات، استقرار نظام هدایت بیمار در چرخه خدمات سلامتی از طریق سیستم ارجاع و تدوین پروتکل‌های درمانی استاندارد (Guide Lines).

- تفکیک کامل کالای عمومی، شبه عمومی و خصوصی سلامت از همدیگر و چگونگی ارائه آنها از طریق ساماندهی نحوه اشتغال به کار کارکنان سلامت در هر کدام از بخش‌های عمومی، خصوصی، و سازمان‌های غیر دولتی به گونه‌ای که حتی‌الامکان از اشتغال دو یا چندگانه پرهیز شود.

- تفکیک کامل بخش‌های سیاستگذاری، مدیریت اجرایی و نظارت و ارزشیابی در موضوع سلامت و ممانعت از ایفای نقش چندگانه توسط افراد.

اصلاح شیوه مدیریت مراکز بهداشتی درمانی دولتی از شیوه متمرکز فعلی به نحوی که ذی‌نفعان در اداره مراکز مشارکت فعال داشته باشند.



- جلوگیری از ورود بی‌رویه تکنولوژی پیچیده و گران‌قیمت و اقدام به سطح‌بندی فناوری پیشرفته پزشکی با توجه به نیاز، اولویت‌های سلامت و منابع قابل تخصیص، با نگاه عدالت، هزینه اثربخشی و کارایی در برخورداری بیماران از آن.

- اصلاح نظام تولید، توزیع و واردات دارو به کشور و ترویج تجویز و مصرف منطقی دارو، ضمن تدوین لیست داروهای اساسی (EDL) و اصلاح فرایند تنظیم دارو نامه (فارماکوپه دارویی) رسمی کشور.

- دستیابی به پوشش همگانی مراقبت‌های سلامتی مطابق استانداردهای سازمان بهداشت جهانی از طریق تأمین پایدار منابع و تضمین دسترسی عادلانه آحاد مردم به مراقبت‌های سلامتی پایه که با پیشنهاد دولت به تصویب مجلس خواهد رسید، به گونه‌ای که شاخص مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع سلامت (FFCI) طی یک سال به دست کم نود صدم و سهم پرداخت از جیب آنان (OOP) به حداکثر سی درصد رسیده و هیچ خانواری به دلیل مخارج سلامت به مرز هزینه‌های کمرشکن (Catastrophic Cost) نرسد.

- بهبود سطح آموزش، مهارت‌آموزی و نتایج اشتغال برای کلیه افراد زیر ۲۵ سال به گونه‌ای که این رقم حتی‌المقدور تمامی افراد جوان در یک منطقه را طی یک برنامه (چهارساله) پوشش دهد.

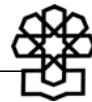
- فراهم نمودن مراقبت و راهنمایی مورد نیاز برای کاهش شکاف بین کودکان با نگاه ویژه به کودکان کار، کودکان خیابانی و کودکان بی‌سرپرست و به حداکثر رساندن مشارکت مردم در مراقبت از آنان طی برنامه (شش‌ساله).

- افزایش مشارکت معتادین مسأله‌دار در برنامه‌های ترک اعتیاد به (۵۵ درصد) طی برنامه (شش ساله) و صد درصد در ۱۰ سال.

- تأمین مراقبت‌های کیفی قبل از بستری و بازتوانی برای کلیه بیماران به ویژه سالمندان به منظور کمک به استقلال آنان از طریق کاهش بستری شدن‌های قابل پیشگیری و تضمین کاهش سالانه آن‌ها.

- تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای واقعی جامعه، ایجاد پیوند بین آموزش پزشکی و محیط طبابت آنان در آینده، تأکید بر حفظ مبانی اخلاقی و انسانی در آموزش، و ایجاد زمینه آموزش سلامت‌نگر (مراقبت‌های اولیه، ثانویه و ثالثیه) از طریق آموزش پزشکی جامعه‌نگر (Community Oriented Medical Education).

با توجه به فقدان سیستم جمع‌آوری مناسب داده‌ای برای پایش میزان دستیابی به اهداف تعیین شده در قالب برنامه‌های سلامت، تعریف عملیاتی چگونگی جمع‌آوری داده‌های قابل مقایسه در سطح ملی، استانی، شهری، روستایی و ... صورت گرفته و تا پایان سال ۱۳۸۶ زیر ساخت لازم برای ایجاد پایگاه داده‌ای به منظور جمع‌آوری داده‌های مربوط به نشانگرهای وضعیت سلامت، نیازهای داده‌ای اولویت‌دار، اهداف مربوط به داده‌های مرگ و میر و بار بیماری‌ها و سایر اهداف سلامت با همکاری بخش‌های مربوط از جمله: وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، رفاه و تأمین



اجتماعی، آموزش و پرورش، علوم تحقیقات و فناوری، جهاد کشاورزی، دادگستری، کار و امور اجتماعی، راه و ترابری، کشور و سازمان‌های مدیریت و برنامه‌ریزی، حفاظت از محیط زیست، تربیت بدنی، مرکز آمار ایران و ... فراهم خواهد آمد.

در جهت دستیابی به اهداف فوق تدوین نشانگرهای سلامت با توجه به چالش‌ها، اولویت‌های سلامت کشور، منابع موجود و قابل تخصیص، فرهنگ بومی، باورها و اعتقادات مردم ضروری است. این نشانگرها می‌باید منعکس کننده نگاه‌های عمده در موضوع سلامت عمومی کشور باشد و علت انتخاب آن‌ها وجود داده‌ها و قابلیت اندازه‌گیری پیشرفت این نشانگرها باشد. نشانگرها به گونه‌ای انتخاب می‌شوند که توانایی ایجاد انگیزه برای فعالیت داشته و به افراد کمک می‌کنند تا آنان به سهولت اهمیت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها را درک کرده و در فعالیت‌های بهبود سلامت مشارکت نمایند. نشانگرها مشخص کننده رفتارهای فردی، عوامل محیطی اجتماعی و فیزیکی و موضوعات مهم سیستم سلامتی است که بر سلامت افراد و جوامع اثرگذار است و لذا تدوین استراتژی و عملیات اجرایی برای دستیابی به اهداف در راستای این نشانگرها اثر قابل توجهی بر افزایش طول عمر، کیفیت زندگی و رفع نابرابری‌های سلامت دارد. در هر کدام از این نشانگرها اثر آموزش و درآمد پدیدار است زیرا مطالعات نشان می‌دهد افرادی که بدترین سطح سلامت را دارند بالاترین سطح فقر را داشته و از حداقل سطح دانش کلاسیک برخوردارند و بیماری‌هایی مانند دیابت، چاقی، افزایش سطح سرب خون، قلبی عروقی، وزن کم تولد و ... در آن‌ها شایع‌تر است. نشانگرهای پیشنهادی برای ایران عبارتند از:

- دسترسی به مراقبت‌های سلامت،
- فعالیت فیزیکی،
- اضافه وزن و چاقی،
- ایمن‌سازی،
- کیفیت محیط زیست،
- استعمال دخانیات،
- اعتیاد به مواد،
- سلامت روان،
- حوادث و خشونت.

عوامل قوی در تعیین دسترسی کیفی به مراقبت‌های سلامتی شامل مواردی مانند: برخورداری از بیمه سلامت (پوشش همگانی بیمه سلامت تا پایان سال ۱۳۸۵)، سطح درآمدی بالا، برخورداری منظم از یک فراهم کننده مراقبت‌های اولیه (استقرار کامل تیم پزشکی خانواده و نظام ارجاع در جهت



برخورداری از خدمات سطوح ثانویه و ثالثیه تا پایان سال ۱۳۸۶) و ... است. مطالعه نشان می‌دهد اشخاص دارای بیمه، خدمات مناسب‌تر و بیش‌تری را دریافت می‌کنند و دو برابر نسبت به غیر بیمه شدگان از خدمات روتین چکاپ بهره می‌برند. استفاده از خدمات پیشگیرانه مانند مراقبت‌های قبل از زایمان شاخص دسترسی کیفی به مراقبت‌ها تلقی می‌شود (پوشش کامل مادران باردار تا پایان سال ۱۳۸۵). هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری پیشرفت عبارت است از:

الف) افزایش نسبت اشخاص دارای بیمه سلامت،

ب) افزایش نسبت اشخاص برخوردار از یک منبع خاص از مراقبت‌های سلامت (پزشک خانواده)،

ج) افزایش نسبت زنان حامله‌ای که از مراقبت‌های قبل از زایمان در سه ماهه اول حاملگی برخوردارند.

فعالیت فیزیکی منظم موجب کاهش نرخ مرگ در کلیه رده‌های سنی بزرگسال شده و ریسک دیابت، چاقی، فشار خون و سرطان روده را کاهش می‌دهد. در افزایش قدرت ماهیچه‌ای و استخوانی و حجم آنها، کاهش چربی بدن، کنترل وزن و سلامت روحی روانی مؤثر بوده و ریسک بروز افسردگی را می‌کاهد. این هدف برای اندازه‌گیری پیشرفت در فعالیت فیزیکی بزرگسالان و بالغین عبارت است از:

الف) افزایش نسبت نوجوانانی که فعالیت فیزیکی شدید را به منظور تقویت تناسب قلبی عروقی ۳ روز یا بیش‌تر به مدت ۲۰ دقیقه یا بیش‌تر در هفته انجام می‌دهند.  
ب) افزایش نسبت بزرگسالانی که به طور منظم، ترجیحاً روزانه، فعالیت فیزیکی متوسطی را به مدت حداقل ۳۰ دقیقه در روز انجام می‌دهند.

اضافه وزن و چاقی عامل عمده تعیین کننده در بسیاری از مرگ‌های قابل پیشگیری است. برای پایش از اندکس توده بدن ( $BMI = \text{Body Mass Index} = \frac{\text{weight}[\text{kg}]}{\text{height}[\text{m}]^2}$ ) استفاده می‌شود. در افراد بزرگسال چاقی عبارت است از:  $BMI = 30 \text{ kg/m}^2$  و اضافه وزن  $BMI = 25$   $\text{kg/m}^2$  چاقی و اضافه وزن موجب افزایش ریسک فشار خون، کلسترول بالا، دیابت نوع دوم، سکته قلبی، سنگ کیسه صفرا، آرتروز و اختلال خواب می‌شود. این هدف برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین و کودکان عبارت است از:

الف) کاهش نسبت کودکان و نوجوانانی که چاق هستند یا اضافه وزن دارند،

ب) کاهش نسبت بزرگسالانی که چاق هستند،

ج) افزایش قد کودکان در مناطقی که این شاخص کم‌تر از استاندارد تعیین شده است، به خصوص در مناطق محروم روستایی.



واکسن‌ها مهم‌ترین دست یافته بشر در قرن بیستم است. ایمن‌سازی با واکسن از معلولیت و مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی پیشگیری کرده و از انتشار عفونت در درون جوامع جلوگیری می‌کند. بسیاری از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن هم اکنون تحت کنترل در آمده، آبله ریشه‌کن شده و فلج اطفال در حال ریشه‌کن شدن است. ایمن‌سازی علیه آنفولانزا و بیماری‌های پنوموکوکی می‌تواند از شیوع و وخیم‌تر شدن بیماری در بزرگسالان مستعد جلوگیری کند. این هدف برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین عبارت است از:

الف) افزایش نسبت و پوشش کامل کودکان جوانی که کلیه واکسن‌ها را براساس توصیه‌های جهانی تا حداقل پنج سالگی دریافت کرده‌اند.

ب) افزایش نسبت بزرگسالان مستعد به بیماری که سالانه بر علیه آنفولانزا واکسینه شده و در مقابل پنوموکوک ایمن شده‌اند.

برآورد می‌شود ۲۵ درصد از بیماری‌های قابل پیشگیری در جهان ناشی از کیفیت بد محیط زیست است. دو شاخص اصلی در این رابطه عبارت است از: اوزون برای سنجش کیفیت هوای بیرون و دود سیگار در سنجش هوای درون منازل. محیط فیزیکی و اجتماعی نقش مهمی را در سلامت افراد و جوامع دارد. محیط فیزیکی عبارت است از هوا، آب و خاکی که از طریق آنها تماس با آلاینده‌های شیمیایی، بیولوژیک و فیزیکی اتفاق می‌افتد و نحوه دفع زباله و پسماندها در سلامت آن نقش بسزایی دارد. محیط اجتماعی شامل خانه‌ها، حمل و نقل، توسعه شهری، صنایع و کشاورزی است که مواردی مانند استرس‌های محیط کار، حوادث و خشونت در آن اتفاق می‌افتد. این هدف برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین عبارت است از:

الف) کاهش نسبت افرادی که تماس با هوایی دارند که استانداردهای حفاظت از محیط زیست برای اوزون را ندارد.

ب) کاهش نسبت افراد غیرسیگاری که تماس با محیط آلوده به دود سیگار دارند.

کشیدن سیگار تنها علت مهم قابل پیشگیری از مرگ و بیماری است و در کشورهای پیشرفته نسبت به ایدز، الکلیسم، کوکائین، هروئین، آدمکشی، خودکشی، تصادفات و سائط موتوری و آتش‌سوزی، مرگ و میر بیش‌تری را موجب می‌شود. استعمال دخانیات اصلی‌ترین عامل ریسک برای بیماری‌های قلبی، سکت، سرطان ریه و بیماری‌های مزمن ریوی است. کشیدن سیگار در دوران حاملگی منجر به سقط جنین، تولد نوزاد نارس و سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار می‌شود. این هدف برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین عبارت است از:

الف) کاهش استعمال دخانیات در نوجوانان،



### ب) کاهش استعمال دخانیات در بالغین.

مواد مخدر عامل بسیاری از مشکلات جدی از جمله خشونت، حوادث و ایدز است. اعتیاد به مواد موجب انحرافات اجتماعی (خود فروشی و فحشاء و سوء استفاده جنسی از همسر و فرزندان)، کاهش بهره‌وری نیروی کار و بی‌خانمانی می‌شود. این هدف برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین عبارت است از:

الف) افزایش نسبت نوجوانانی که از مواد غیرقانونی طی ۳۰ روز گذشته استفاده نکرده‌اند.

ب) کاهش نسبت بالغینی که از مواد غیرقانونی طی ۳۰ روز گذشته استفاده کرده‌اند.

به طور متوسط حدود (۲۰ درصد) از مردم سالانه از بیماری‌های روانی رنج می‌برند. در ایران افسردگی حدود ۶٪ و اختلالات سایکوتیک ۲٪ از بار بیماری‌ها را به خود اختصاص داده و بیش از (دو سوم) خودکشی‌ها در سال ناشی از افسردگی عمده (Major Depression) است. سلامت روان عبارت است از وضعیت کارکرد موفق روانی افراد که منجر به فعالیت‌های بهره‌ور، روابط قابل قبول، و توانایی سازگاری با تغییرات، شده و ارتباط مستقیم با سلامت جسمی، ارتباطات خانوادگی و مشارکت اجتماعی افراد دارد. این هدف برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین عبارت است از:

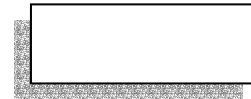
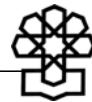
«افزایش نسبت بزرگسالانی که افسردگی شناخته شده داشته و درمان لازم را دریافت کرده‌اند».

روزانه حدود ۱۷۰ نفر از حوادث ترافیکی، مسمومیت، خفگی، سقوط از بلندی، آتش‌سوزی و غرق‌شدگی و خشونت می‌میرند. شایع‌ترین علت مرگ از حوادث ناشی از تصادف وسائط نقلیه موتوری است. بیش‌تر تصادفات قابل پیش‌بینی و پیشگیری است. افزایش استفاده از کمربند ایمنی و کاهش سرعت وسائط نقلیه موتوری دو ابزار عمده و مؤثر کاهش مرگ و صدمات جدی است، اگر چه اصلاح جاده‌ها و افزایش تجهیزات ایمنی راه‌ها از طریق شناسایی نقاط و محورهای حادثه‌خیز در کاهش بروز تصادفات نقش بسزایی دارد. این هدف برای اندازه‌گیری پیشرفت در بزرگسالان و بالغین عبارت است از:

الف) کاهش مرگ‌های ناشی از تصادف وسائط نقلیه موتوری،

ب) کاهش قتل و خودکشی،

ج) کاهش حوادث حمل و نقل، به میزان پنجاه درصد (۵۰٪).



(

۱. کتاب قانون جمهوری اسلامی ایران به همراه نظرات شورای نگهبان/ مؤلف هزاوی همدانی - نشر محسن چاپ پاسدار اسلام - شابک: ۶-۰۲-۶۸۴۳-۹۶۴ (چاپ اول - بهار ۱۳۷۸).
۲. (سند چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام).
۳. سند چشم انداز بلند مدت جمهوری متن مصوب هیأت وزیران.
۴. قانون برنامه چهارم توسعه مصوب ۸۳/۶/۱۱ مجلس شورای اسلامی.
۵. کارگاه «حساب‌های ملی بهداشت» توسط دفتر «بودجه برنامه‌ای بهداشت» وزارت بهداشت و درمان تاریخ ۸ لغایت ۹ خرداد ۱۳۸۰ - دکتر صالحی.
۶. گزارش سرانه عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر - دبیر خانه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور ۱۳۸۲.
۷. طرح «طراحی و استقرار نظام ارجاع در قالب سطوح تعریف شده خدمات» ستاد اصلاح نظام سلامت - دکتر حسن‌زاده و همکاران تیر ماه ۱۳۸۲.
۸. گزارش سال ۲۰۰۲ سازمان جهانی بهداشت جداول ضمیمه مربوط به ایران.
۹. گزارش منابع و مصارف سازمان تأمین اجتماعی به شورای عالی برای تصویب بودجه ۱۳۷۷.
۱۰. تصویب‌نامه هیأت وزیران به شماره ۳۴۸۵/ت/۲۸۰۶۶ مورخ ۱۳۸۳/۲/۲.
۱۱. مطالعه «تعیین الگوی بهره‌مندی جمعیت ساکن در جمهوری اسلامی ایران از خدمات سلامتی» مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت - دبیرخانه تحقیقات کاربردی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، دکتر نقوی - اسفند ۱۳۸۱.
۱۲. طرح دو شوری الزام دولت به اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده- ۱۳۸۴.
۱۳. مطالعه «سیمای مرگومیر، بار بیماری‌ها و اولویت‌های سلامت کشور» مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت - دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، دکتر نقوی و همکاران ۱۳۸۲.
۱۴. «آموزش علوم پزشکی، چالش‌ها و چشم‌اندازها» تألیف دکتر فریدون عزیزی، نشر معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی چاپ اول پاییز ۱۳۸۲ چاپخانه صندوق رفاه دانشجویان - فصل دوم ص ۱۱۸ تا ۱۳۰ و فصل چهارم ص ۵۴۲ تا ۵۶۰.

(

15. An Introduction to Health Planning in Developing Countries/ 2<sup>nd</sup> edition/ by Andrew Green/ 1999/ ISBN: 0 19 262985 9 / Oxford Press.
16. www.healthy people. Gov.
17. www.healthy people. gov / Document / html / uih / uih – 2 htm # deter.
18. Structural adjustment and health : Anna Breman , carolyn shellon , world bank june 2001.
19. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance, WHA58.33, 25/May/2005. [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_33-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf).



20. July 2000- The NHS Plan / July 2000/ No. cm 4818-I / [www.hmso.gov.uk](http://www.hmso.gov.uk).
21. “Spending Wisely” buying health services for the poor, by Alexander S. Preker and John C. Lange Brunner 2005 , The Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, chapter 1 Managing Scarcity pages 5-6.
22. The First Millennium Development Goals Report 2004: Achievements and Challenges. Tehran, November 2004. [http://www.imps.ac.ir/announcement/ Iran%20MDG%20Report%202004-1.pdf](http://www.imps.ac.ir/announcement/Iran%20MDG%20Report%202004-1.pdf)).
23. Economics of health care Financing : the Visible hand-Cam Donaldson & Gerard 1994 ISBN : 0-333-53869,70 – PP : 52-67.
24. [www.europa – eu – int / index – en. htm / comm / employment – social / missoc / 2002 – index – chapter ۳&۴ – en.htm](http://www.europa.eu.int/index-en.htm).
25. Economics Of health care Financing : Cam Donaldson and Karen Gerard , 1994 Mac Millen Publishing ISBN 0-333-53870 Printed in Hong Kong.
26. “Spending Wisely” buying health services for the poor, by Alexander S. Preker and John C. Lange Brunner 2005 , The Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, chapter 10.
27. Macroeconomics & Health; Investing in health for Economic development (Report of commission) ISBN 924 154 550 x (NCM Class: WA 30) 2<sup>nd</sup> printing WHO 2001.
28. “Getting Heath Reform Right”A Guide to Improving Performance and Equity, by Marc. J Roberts, William Hsiao, etall; Oxford University Press 2004, ISBN: 0-19-516232- 3 chapter 2.





:

: اصول و مبانی سیاست ملی سلامت ایران براساس مطالعات تطبیقی

**Report Title:** National Health Policy for IRI

: مطالعات اجتماعی

علی اخوان بهبهانی، محمدحسن طریقت، علی حسن زاده

: محسن تقوی، سیدرمضان محسن پور

: محمدحسن طریقت

: نورالدین پیرمؤذن (عضو کمیسیون بهداشت و درمان)

:

:

۱. سلامت (Health)

۲. سیاست (Policy)

:

در انتهای گزارش درج شده است.