

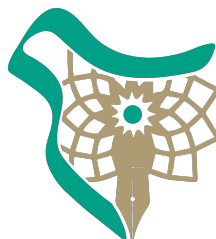
گزارش سیاستی اولویت‌های نظام سلامت دولت چهاردهم

مرکز تحقیقات ثریا - پاییز ۱۴۰۳



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

گزارش سیاستی اولویت‌های نظام سلامت دولت چهاردهم



مرکز تحقیقات ثریا

سج دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

عنوان: گزارش سیاستی اولویت‌های نظام سلامت دولت چهاردهم

نوع سند: گزارش سیاستی

طراح جلد و صفحه‌آرایی: امین شعبانعلی

تهیه شده در مرکز تحقیقات ثریا، به اهتمام هسته سیاستگذاری سلامت

تاریخ انتشار: پاییز ۱۴۰۳

کلیه حقوق برای مرکز تحقیقات ثریا محفوظ است

تهران، ولنجک، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲، طبقه اول

@Soraya.r.c | @Sorayarc | sorayarc.ir

۰۲۱ - ۲۲۴۳۹۸۲۸



فهرست

۴	خلاصه سیاستی
۷	مقدمه
۸	بیان مسئله
۹	سلامت در قانون برنامه هفتم
۱۰	چالش‌های نظام سلامت
۱۰	(۱) تولیت و حکمرانی
۱۵	(۲) بیمه سلامت
۲۰	(۳) برنامه پزشکی خانواده
۲۴	(۴) نیروی انسانی
۳۰	(۵) دارو و تجهیزات پزشکی
۳۶	(۶) واقعی شدن تعرفه‌های خدمات سلامت
۴۱	جمع‌بندی



خلاصه سیاستی

همواره با تغییر دولت‌ها، وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جدید، اقدام به ارائه طرح‌های جدید یا تداوم برخی راه‌حل‌های قبلی برای حل مسائل نظام سلامت کشور نموده‌اند. با این حال عواملی همچون بخشی‌نگری، تعارض منافع، ضعف همکاری بین‌بخشی، ناکارآمدی قوانین و مقررات، نبود روحیه تحول‌خواهی، کوتاه بودن دوره مدیریتی، کمبود مدیران خبره و متخصص و ... باعث شده است تا نظام سلامت کشور ما علاوه بر مشکلات مزمونی که در دهه‌های اخیر با آن روبه‌رو بود، دچار مشکلات فراوانی در سال‌های اخیر نیز شود. در همین راستا مرکز تحقیقات ثریا بر آن شد تا با بررسی مشکلات اصلی موجود در نظام سلامت و مدنظر قرار دادن سیاست‌های کلی سلامت و قانون برنامه هفتم به‌عنوان اسناد بالادستی نظام سلامت کشور، اولویت‌های اصلی نظام سلامت را احصا نموده و در هر کدام از این حوزه‌ها ضمن بیان چالش‌ها، پیشنهادات خود را مبتنی بر اسناد مذکور ارائه نماید.

در همین راستا شش حوزه شامل تولید و حکمرانی، بیمه سلامت، برنامه پزشکی خانواده، نیروی انسانی، دارو و تجهیزات پزشکی و واقعی شدن تعرفه‌های خدمات سلامت انتخاب شده و ذیل هر کدام، چالش‌ها و پیشنهادات ارائه شد.

در حوزه تولید و حکمرانی، پیشنهاداتی ارائه شده است که اهم آن بدین شرح است: «همکاری بین‌بخشی» مناسب از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای دستگاه‌های عضو و از طریق مصوبه هیئت وزیران برای دستگاه‌های دیگر، انتشار و به‌روزرسانی مداوم اسامی و فهرست محل خدمت نیروهای دارای تعهد خدمت، انتشار اطلاعات مربوط به جزئیات منابع و مصارف دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌صورت سالیانه، بررسی مجدد اعضا و شرح وظایف شوراها و کمیسیون‌های مربوط به وزارت بهداشت، علی‌الخصوص شورای عالی بیمه سلامت کشور، کمیسیون ماده ۱۱ و کمیسیون قیمت‌گذاری دارو، انجام نظارت‌های بین‌استانی علی‌الخصوص در حوزه‌های غذا و دارو و درمان، انجام اقدامات توسعه‌ای نظیر ساخت و تجهیز بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی صرفاً از طریق سند آمایش و انتشار عمومی فهرست آن و تغییر سازوکار هیئت امنای دانشگاه‌ها.

درخصوص موضوعات حوزه بیمه سلامت، بر مواردی همچون تعجیل در تعیین و تخصیص سهم وزارت بهداشت در منابع حاصل از مالیات بر کالاها و خدمات آسیب‌رسان به سلامت،



ادغام تمامی بیمه‌های سازمانی متعلق به دستگاه‌های حاکمیتی در سازمان بیمه سلامت ایران یا تغییر بیمه پایه کارکنان دستگاه‌های دارای صندوق مجزا به سازمان بیمه سلامت ایران، تسریع در ایجاد سازوکار پرداخت سهم یارانه دولت از طریق تسویه الکترونیکی در زنجیره دارو و تجهیزات، رفع ابهام از نقش سازمان برنامه و بودجه در فرایند تعیین تعرفه‌ها و استفاده از هوش مصنوعی در فرایند رسیدگی به اسناد اشاره شده است.

در موضوع پزشکی خانواده و به‌منظور پیشبرد این برنامه مهم پس از چند دهه پیشنهادهای ارائه شده است که اهم آن عبارتند از: اجرای آزمایشی در چند استان و عدم توسعه به استان‌های دیگر پیش از ارزیابی اجرا و انجام اصلاحات موردنیاز در شیوه‌نامه، پوشش کامل فرایند مراجعه و درمان بیمار شامل سطح یک، ارجاع به سطوح دو و سه و دریافت بازخوراند، اختصاص بخشی از ظرفیت مراکز ارائه‌دهنده خدمات دولتی به بیماران ارجاعی، ارتباط و تبادل داده سامانه‌های سیب، HIS، بیمه‌های پایه و نوبت‌دهی الکترونیک و تسهیل شرایط ورود بخش خصوصی به این برنامه نسبت به شیوه‌نامه فعلی.

با توجه به افزایش روزافزون چالش‌های مرتبط با جبران خدمات و نگهداشت نیروی انسانی در نظام سلامت، مواردی همچون بازبینی مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی مبنی بر افزایش دو برابری ظرفیت و برآورد مجدد نیروی انسانی موردنیاز، تعیین محل طرح افراد بر اساس اولویت‌هایی نظیر محل تحصیل، محل زندگی خود یا خانواده یا اولویت اعلامی فرد و جلوگیری از هرگونه اعمال نفوذ و اعطای مشوق در صورت فعالیت در منطقه محروم‌تر، تعیین سقف فعالیت برای پزشکان طرحی و دستیاران نسبت به کل فعالیت‌های انجام‌شده در مرکز درمانی و استفاده از پزشکان غیرتمام وقت با پرداخت موردی در مواجهه با موارد کمبود نیرو، افزایش مبلغ اضافه‌کار پرستاران، شمول قانون کار بر دستیاران تخصصی و فوق تخصصی، اجرای مطالعه جامع جهت مقایسه تعداد پزشکان موردنیاز در شهرهای دارای مجوز آزاد با پزشکان طرحی، سهمیه بومی و دارای سابقه بالا جهت تفکیک پروانه طبابت از پروانه مطب در صورت لزوم و نیز تربیت نیروهای حدواسط دندانپزشکی پیشنهاد شده است.

در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی که در سال‌های اخیر با چالش‌های فزاینده علی‌الخصوص در حیطة تأمین مالی روبه‌رو بوده است، بر این موارد تأکید شده است: امضای تفاهم‌نامه سه‌جانبه میان سازمان برنامه و بودجه کشور، بانک مرکزی و وزارت بهداشت برای تأمین



بودجه طرح داروییاری در قالب مصوبه هیئت وزیران، پرداخت نشان‌دار تعهدات سازمان برنامه و بودجه، افزودن بخش رصد مواد اولیه به سامانه TTAC، تدوین لایحه اصلاح قانون ۱۳۳۴، تعامل با مجلس جهت تشدید مجازات شرکت‌های تولیدکننده، شرکت‌های پخش، داروخانه‌ها و مراکز عرضه غیرمجاز و افزایش اختیارات وزارت بهداشت در قالب لایحه اصلاح و تکمیل برخی از قوانین مربوط به تعزیرات حکومتی، پرداخت یارانه شیرخشک در قالب بسته بهداشتی غذایی حمایت از مادران، تغییر ارز واردات مواد اولیه شیرخشک به نرخ ارز تالار دوم، خرید تضمینی شیرخشک توسط دولت از کارخانه‌های تولید داخل، تغییر ارز ترجیحی تجهیزات پزشکی دارای نرخ ۴۲۰۰ تومان به ۲۸,۵۰۰ تومان و تغییر نحوه پرداخت یارانه آن به انتهای زنجیره

در انتهای این سند سیاستی نیز پیشنهاد شده است با توجه به تأکید اسناد بالادستی و به‌منظور کاهش آمار مهاجرت پزشکان و افزایش تمایل آنان به فعالیت در بخش دولتی و کاهش انجام اعمال القایی و زیبایی با انجام پیش‌شرط‌های ذیل، تعرفه‌های خدمات سلامت واقعی شود: راه‌اندازی پایگاه جامع قواعد سلامت و اجرای راهنمای بالینی با اولویت اقدامات شایع و گران‌قیمت و نظارت بر آن از طریق فناوری‌های نوین، تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و اتصال تمامی سامانه‌های مربوطه، مدیریت منابع سلامت صرفاً از طریق بیمه‌ها، تغییر ریاست شورای عالی بیمه سلامت از وزیر بهداشت به رئیس‌جمهور، تغییر تدریجی نظام پرداخت از FFS به DRG، تغییر رفتار گیرندگان خدمت از طریق مشوق‌های مالی (ماندن کاهش فرانشیز مراجعان از مسیر برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع) و فرهنگ‌سازی و نیز تفکیک و یکسان‌سازی جزء حرفه‌ای در تمامی مراکز و خدمات.



مقدمه

امروزه سلامت برای جامعه به عنوان یک حق طبیعی از نظر اجتماعی و برای حاکمیت به‌عنوان یک مسئله راهبردی از نظر اقتصادی مطرح است. هدف تعمیم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به همگان، باید بر اساس رفع تبعیض بین اقشار مختلف جامعه تعیین شود. در این میان، محدوده ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بیش از آنکه یک بازار تجاری به شمار رود، به عنوان یک حق همگانی در نظر گرفته شده و از این‌رو حاکمیت متعهد است که حداقل خدمات بهداشتی و درمانی را برای تمام افراد جامعه فراهم نماید. دولت‌ها با ایجاد و تقویت نظام سلامت، مکلف به ارائه خدمات سلامت مورد نیاز مردم هستند.

بر اساس اصول سوم، بیست‌ونهم و چهل‌وسوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، برخورداری از خدمات بهداشتی-درمانی و مراقبت‌های پزشکی حقی همگانی بوده و دولت موظف است بهداشت و درمان را به عنوان نیازهای اساسی جامعه تأمین نماید. هم‌چنین بر اساس سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴، جامعه ایرانی در این افق به دور از فقر و تبعیض و برخوردار از سلامت کافی است.

سه هدف اصلی نظام سلامت، برخورداری مردم جامعه از سطح سلامتی قابل قبول، محافظت مالی از مردم در برابر هزینه‌های سلامت و پاسخ‌گویی نسبت به نیازهای بالینی و غیربالینی مردم است. هم‌چنین بهبود دسترسی، کیفیت، کارایی، عدالت و تاب‌آوری برای دستیابی به اهداف اصلی نظام سلامت ضروری است.

پوشش همگانی سلامت (Universal health coverage)، دسترسی همه مردم جامعه به خدمات باکیفیت پیشگیری، درمانی و توانبخشی، به‌هنگام نیاز و بدون مواجهه با مشکلات مالی است. به عبارتی، دولت‌ها باید خدمات سلامت مورد نیاز مردم جامعه را بدون اینکه دچار مشکلات مالی شوند، با اجرای پوشش همگانی سلامت فراهم کنند.

نظام پوشش همگانی سلامت منجر به توزیع عادلانه خدمات سلامت باکیفیت، کارآمد و قابل پرداخت، کاهش پرداخت از جیب مردم و دستیابی به نتایج بهتر سلامتی برای همه مردم جامعه می‌شود. پوشش همگانی سلامت نه تنها نقش مهمی در دستیابی به سلامتی بهتر برای مردم جامعه دارد، بلکه به کاهش فقر، بهبود تغذیه، توسعه آموزش و پیشرفت اقتصادی هم کمک می‌کند.



بیان مسئله

در سال‌های پس از انقلاب اسلامی، اصلاحات مختلفی در سیستم سلامت ایران برنامه‌ریزی و اجرا شد که می‌توان به طرح ادغام نظام سلامت و آموزش پزشکی در دهه ۶۰، گسترش نظام شبکه‌های بهداشت و درمان در دهه ۷۰، طرح خودگردانی بیمارستانی و استقرار نظام پرداخت به ازای خدمت (Fee for service) در دهه ۷۰، اجرای طرح پزشکی خانواده در دهه ۸۰ و طرح تحول نظام سلامت در دهه ۹۰ اشاره کرد.

متأسفانه این اصلاحات با مشکلاتی مواجه بوده و نتوانست اثرات پایداری داشته باشند. نظام آموزش پزشکی پس از ادغام در نظام سلامت به دلیل عدم تعریف دقیق اهداف و راهبردها، عدم ادغام کامل نظام سلامت و آموزش پزشکی، پیچیدگی سازمانی ساختار جدید و ادامه الگوهای گذشته آموزشی، نتوانست به‌طور کامل به اهداف خود برسد. علی‌رغم موفقیت اولیه نظام شبکه بهداشت و درمان و ارتقاء شاخص‌های بهداشتی به‌ویژه در مناطق روستایی، به‌تدریج با رشد شهرنشینی، گسترش حاشیه‌نشینی و عدم به‌روزرسانی این نظام هم‌زمان با تغییرات دموگرافی و اپیدمیولوژی، به تدریج پاسخ‌گویی و کارایی آن کاهش یافت. آغاز برنامه پزشکی خانواده از روستاها نیز با وجود بهبود دسترسی به خدمات تشخیصی درمانی سرپایی، کماکان در حد روستاها و شهرهای محدود بدون دستیابی به یک الگوی ملی متوقف ماند. اجرای طرح خودگردانی منجر به افزایش هزینه‌های بیمارستانی و استقرار نظام پرداخت به‌ازای خدمت شد که به صورتی نارس در سیستم باقی ماند. آخرین اصلاحات اساسی انجام‌شده در کشور ما اجرای طرح تحول سلامت بود که با اولویت نظام درمان در بخش دولتی از سال ۱۳۹۳ آغاز شد. این طرح نیز در گام اول دستاوردهای خوبی نظیر کاهش شاخص فقرزایی، کاهش میزان پرداخت از جیب و هزینه‌های کمرشکن سلامت و بهبود رضایت‌مندی جامعه داشت؛ اما به دلیل ناپایداری منابع مالی و عدم جامعیت طرح از قبیل فقدان سیستم ارجاع و نداشتن راهنماهای بالینی در ادامه نتوانست انتظارات را برآورده کند.

اضافه بر مشکلاتی که در پی اصلاحات نظام سلامت رخ داده است، در حال حاضر عواملی چون جهش سریع در فناوری‌های حوزه پزشکی، پیچیده شدن و چندبعدی بودن مسائل نظام سلامت، افزایش هزینه‌های بهداشت و درمان، تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و ... چالش‌های نظام سلامت را پیچیده‌تر کرده و نظام سلامت را بیش از پیش نیازمند مجموعه‌ای راهبردی از راهکارهای اصلاحی کرده است.



امروزه بررسی عمیق و ریشه‌ای مشکلات و چالش‌های نظام سلامت و تولید گزینه‌های سیاستی و اجرایی مناسب و آگاه از شواهد ضرورتی انکارنشده است. این مهم با مشارکت ذی‌نفعان مختلف و حضور کارشناسان حوزه سلامت محقق خواهد شد. مرکز تحقیقات ثریا با توجه به نزدیک شدن به استقرار دولت چهاردهم بر آن شد تا با بررسی چالش‌ها و مسائل نظام سلامت کشور و با مشارکت کارشناسان و افراد صاحب‌نظر، «قانون برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران» را محور کار قرار داده و مجموعه‌ای مدون و پویا را از راهکارهای اجرایی و آگاه از شواهد به‌منظور کمک به دولت چهاردهم در جهت حل چالش‌ها و پاسخ‌گویی در مقابل مشکلات ارائه دهد.

سلامت در قانون برنامه هفتم

مباحث مرتبط با این مسئله در فصل ۱۴ با عنوان «ارتقای نظام سلامت» ارائه شده‌اند. این بخش شامل شش ماده می‌باشد. (مواد ۶۸ تا ۷۳) موضوعات اصلی ذکرشده در این برنامه عبارتند از: ارتقای کیفیت خدمات (ماده ۶۹)، راهبری نظام سلامت (ماده ۷۰)، دارو و تجهیزات پزشکی (مواد ۷۱ و ۷۲) و بیمه سلامت (ماده ۷۳). برنامه هفتم در نظر دارد شاخص‌هایی نظیر سهم پرداخت از جیب، حداکثر درصد خانوارهایی که دچار هزینه‌های کمرشکن می‌شوند، پوشش بیمه سلامت برای جمعیت ایرانی کشور، سرانه پزشک به جمعیت، مرگ ناشی از سکته‌های قلبی در سنین زیر ۵۵ سال نسبت به سال پایه در قالب پزشک خانواده، کاهش شاخص DMF در کودکان ۱۲ ساله نسبت به سال پایه در قالب پزشک خانواده، شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران قند (دیابتیک) در قالب پزشک خانواده، شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران با فشار خون بالا در افراد بالای ۳۰ سال در قالب پزشک خانواده، شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران با اختلالات چربی خون در قالب پزشک خانواده، شاخص پایش (کنترل) سه عامل قند خون، فشار خون و چربی در بیماران قند (دیابتیک) در قالب پزشک خانواده و شاخص مصرف دخانیات در قالب پزشک خانواده را در بخش سلامت ارتقا دهد.



چالش‌های نظام سلامت

۱) تولیت و حکمرانی

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، مفهوم تولیت در سال ۲۰۰۰ به عنوان مهم‌ترین کارکرد نظام سلامت معرفی شده و به معنی تعیین و تقویت قواعد اجرایی و ارائه جهت‌گیری‌ها و راهبردها برای تمامی نقش‌آفرینان و ذی‌نفعان این بخش و پذیرش مسئولیت کلان و پاسخ‌گویی در بالاترین سطح است.

در تعاریف تولیت بر قانون‌گذاری، سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری، قدرت، اختیار و تنظیم‌گری به منظور ارتقای مشارکت، شفافیت، اثربخشی، کارایی، پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری دولت تأکید شده است.

بر اساس بند ۱-۷ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی ۱۳۹۳/۰۱/۱۸ رهبر معظم انقلاب اسلامی (مدظله‌العالی) و بند «الف» ماده ۷۰ قانون برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳/۰۳/۰۱ مجلس شورای اسلامی، تولیت نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری اجرایی، برنامه‌ریزی راهبردی، ارزشیابی و نظارت برعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته شده و با توجه به این بند، هماهنگی و سازماندهی تمامی ارکان نظام سلامت بر محور وزارت بهداشت پایه‌گذاری گردیده است. اجرای تولیت نظام سلامت در کشور چالش‌ها و مشکلاتی را داشته که دیگر کارکردهای نظام سلامت و اهداف آن را نیز تحت تأثیر قرار داده است. مهم‌ترین این چالش‌ها عبارتند از:

- ۱) تمرکزگرایی در ستاد وزارت بهداشت و حجیم بودن بیش از حد آن
- ۲) عدم شفافیت مسئولیت‌ها و فرایندهای موجود در وزارتخانه و دانشگاه‌ها
- ۳) پراکندگی مراکز سیاست‌ساز و تصمیم‌گیر حوزه سلامت
- ۴) عدم سیاست‌گذاری به‌موقع توسط وزارت بهداشت
- ۵) عدم تولید شواهد و به تبع آن عدم سیاست‌گذاری آگاه از شواهد
- ۶) نقض همکاری بین‌بخشی و عدم پاسخ‌گویی بخش‌های مؤثر بر سلامت (خارج از وزارت بهداشت)
- ۷) وجود تعارض منافع در بین ذی‌نفعان نظام سلامت
- ۸) نظارت ناکارآمد وزارت بهداشت علی‌الخصوص در بخش خصوصی



۹) عدم اعطای ابزارهای قانونی لازم به وزارت بهداشت جهت ایفای نقش تولیت از سوی مراجع بالادستی

۱۰) نسخ ضمنی برخی از قوانین که موجب ایفای برخی از نقش‌های تولیت وزارت بهداشت می‌شدند

۱۱) ناکارآمدی ساختار هیئت امنای دانشگاه‌ها

پیشنهادات مرکز تحقیقات ثریا در خصوص چالش‌های حوزه تولیت

الف) «سرعت سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری» در وزارت بهداشت و نظام سلامت بسیار پایین بوده و اقدامات و تصمیمات مناسب، به‌موقع گرفته نمی‌شوند که این امر باعث دخالت دستگاه‌های دیگر در مسائل مربوط به نظام سلامت می‌شود. این وزارتخانه در برخی موارد در مقابل تغییر و تحولات نیازهای جامعه منفعل بوده و بعضاً از اعمال آنها جلوگیری به‌عمل آورده‌است؛ به‌طوری‌که نهایتاً دستگاه‌های خارج از نظام سلامت اقدام به نقش‌آفرینی می‌کنند. به‌عنوان مثال در دو مسئله افزایش ظرفیت رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی و توزیع اینترنتی دارو به ترتیب شورای عالی انقلاب فرهنگی و هیئت مقررات‌زدایی و بهبود محیط کسب‌وکار سیاست‌گذاری نمودند؛ درحالی‌که با توجه به سیاست‌های کلی سلامت، متولی نظام سلامت وزارت بهداشت است. باید دقت شود که در صورت عدم سیاست‌گذاری و نقش‌آفرینی از طرف وزارت بهداشت، لاجرم پای دستگاه‌های خارج از نظام سلامت را به این حوزه باز نموده و برای آن تصمیم‌گیری خواهد شد.

«سیاست‌گذاری آگاه از شواهد» رویکردی است که به افراد کمک می‌کند در تصمیم‌گیری‌های خود، با اطلاعات بیشتری اقدام نمایند و از بهترین شواهدی که در جهت استقرار، اجرا و توسعه سیاست‌ها وجود دارد، استفاده نمایند. اصلی‌ترین پیش‌نیاز برای این نوع تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری، وجود «شواهد و اطلاعات علمی، کافی و متقن» است. «شواهد» به معنای نتایج تحقیقات نظام‌مند و همه‌جانبه جهت افزایش دانش است. متأسفانه در وزارت بهداشت که متولی



سیاست‌گذاری است، به تولید این شواهد توجه نشده و شواهد لازم تولید نمی‌شود. این مسئله در مواردی نظیر عدم استفاده از ظرفیت نخبگان و عدم تولید و انتشار اسناد سیاستی رؤیت می‌شود. یکی از دلایل عدم تولید شواهد کافی در نظام سلامت، الکترونیکی نبودن فرایندها و راه‌اندازی پرونده الکترونیک سلامت است که در ادامه بدان خواهیم پرداخت.

ب) سلامت امری چندوجهی بوده و عواملی خارج از نظام سلامت، مانند عوامل اجتماعی، بر آن اثر می‌گذارند. به همین دلیل ارتقاء سلامت جامعه نیازمند همکاری دستگاه‌های بسیاری است. وزارت بهداشت با دستگاه‌هایی نظیر وزارت صنعت، معدن و تجارت، وزارت امور اقتصادی و دارایی، سازمان برنامه و بودجه کشور، بانک مرکزی، سازمان ملی استاندارد، ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز، ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان پدافند غیرعامل و شورای عالی انقلاب فرهنگی تعامل و ارتباط داشته که در برخی موارد به دلیل وجود تعارضاتی بین این دستگاه‌ها، سلامت جامعه دچار مشکل شده‌است. رفع مشکلات و تعارضات این حوزه نیازمند «همکاری بین‌بخشی» مناسب و قوی است که چارچوب آن برای دستگاه‌های عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از طریق شورای مذکور و برای دستگاه‌های دیگر از طریق مصوبه هیئت وزیران امکان‌پذیر است.

پ) به منظور افزایش «شفافیت» در نظام سلامت، پیشنهاد می‌گردد با توجه به بند (۱۰) سیاست‌های کلی سلامت، حساب واحد خزانه و پرداخت به ذی‌نفع نهایی به‌منظور شفافیت درآمدها و هزینه‌ها در دستور کار قرار گرفته و هم‌چنین به‌صورت سالانه و بدون تأخیر، حساب‌های ملی سلامت منتشر شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد با توجه به مشکلات مربوط به توزیع نیروی انسانی از قبیل نیروهای دارای تعهد خدمت (اعم از عادی و مناطق محروم)، محل خدمت این افراد در سامانه‌ای شفاف شده و از ایجاد و توزیع رانت جلوگیری به عمل آید.

هم‌چنین با ارسال بخشنامه‌ای از سوی وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور ملزم به انتشار اطلاعات مربوط به جزئیات منابع و مصارف ریاست،



معاونت‌ها و بیمارستان‌ها، استخدام نیروها و مناقصات و مزایادات گردند. (ت) «تعارض منافع» عمدتاً در دو حیطه انتصاب مسئولین و سیاست‌گذاری و مقررات‌گذاری وجود داشته که باید مورد توجه قرار گیرد. در حیطه انتصاب مسئولین، پیشنهاد می‌گردد وزیر بهداشت، معاونین وزارتخانه و رؤسای دانشگاه‌ها، سهام‌دار یا فعال بخش خصوصی نباشند. همچنین مسئولین و کارکنان سازمان غذا و دارو مدیران غذا و داروی دانشگاه‌ها نیز به دلیل حساسیت این سازمان، سهام‌دار شرکت‌های دارویی یا داروخانه‌دار نباشند. در حیطه سیاست‌گذاری نیز پیشنهاد می‌گردد شوراها و کمیسیون‌های مربوط به وزارت بهداشت، علی‌الخصوص شورای عالی بیمه سلامت کشور، کمیسیون موضوع ماده ۱۱ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب ۲۳/۱۲/۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام و کمیسیون قیمت‌گذاری موضوع ماده ۲۰ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۲۹/۰۳/۱۳۳۴ از نظر اعضا و شرح وظایف مورد بررسی مجدد قرار گرفته و قوانین مادر آنها اصلاح گردد. همچنین سازمان‌های بیمه‌گر پایه از ارائه خدمات بیمه تکمیلی منع شوند.

(ث) با توجه به سیاست‌های کلی سلامت و قانون برنامه هفتم، یکی از وظایف تولیدی وزارت بهداشت، اعمال «نظارت» است. به منظور کاهش تخلفات در اعمال نظارت، پیشنهاد می‌گردد نظارت‌های بین‌استانی علی‌الخصوص در حوزه‌های غذا و دارو و درمان شکل گرفته و توسعه یابد. همچنین پیشنهاد می‌گردد روند و سازوکار «ارزشیابی» دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها مورد بازبینی قرار گیرد و از ارزشیابی دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها برای یک‌دیگر جلوگیری به عمل آید. به علاوه جایگزینی نظارت با سامانه‌های الکترونیکی به جای نظارت نیروی انسانی عامل مؤثری در پیشگیری از فساد اقتصادی است.

(ج) محدودیت منابع نظام سلامت و نیازهای نامحدود سلامتی، منجر به محدودیت در ارائه و دسترسی به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌شود. در چنین حالتی «نیازسنجی و اولویت‌بندی نیازها» مطرح شده و سیاست‌گذاران مجبور به



انتخاب نیازها و اولویت‌بندی آنها هستند. به منظور افزایش کارایی و بهره‌وری طرح‌های توسعه‌ای، همان‌طور که در بند «الف» ماده ۷۰ قانون برنامه هفتم تأکید شده است، پیشنهاد می‌گردد به منظور جلوگیری از هدررفت منابع، اقدامات توسعه‌ای نظیر ساخت و تجهیز بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی، فقط از طریق نیازسنجی و سطح‌بندی و استفاده از اسنادی نظیر سند آمایش آموزش عالی در عرصه سلامت و سند نقشه راه درمان ایران ۱۴۰۴ صورت گرفته و در تمامی مواردی که به صدور مجوز می‌انجامد، انطباق مجوز صادره با اسناد مذکور به صورت عمومی اعلام شود.

چ) با توجه به گستردگی و تمرکز بیش از حد در ستاد وزارت بهداشت، پیشنهاد می‌گردد مجدداً ادغام دو معاونت بهداشت و درمان و تشکیل معاونت سلامت در وزارت بهداشت در دستور کار قرار گیرد. البته به دلیل وجود فرایندهای بوروکراتیک و اداری در وزارت بهداشت، ممکن است این ادغام با مقاومت کارکنان و مدیران این دو معاونت روبه‌رو شود.

ح) هیئت‌های امنای دانشگاه‌ها عملاً نسبت به انجام وظایفی که طبق قانون بر عهده آنها گذاشته شده است، ناتوان هستند. حضور اعضای غیرمرتبط و ناآشنا با فضای دانشگاه‌ها و محدودیت‌های اعمالی سازمان برنامه و بودجه کشور بر ابلاغ مصوبات، عملاً وجود هیئت‌های امنا را بی‌معنی کرده است. به‌علاوه مستثنا نمودن دانشگاه‌ها از قوانین عام در عمل منجر به کاهش شفافیت و افزایش احتمال بروز تخلفات مالی شده است. به همین جهت اصلاح ماده ۱ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مصوب ۱۶/۰۱/۱۳۹۶ مجلس شورای اسلامی به منظور افزایش شفافیت مالی علی‌الخصوص در حوزه‌های درمان و غذا و دارو و تغییر سازوکار هیئت امنا ضروری به نظر می‌رسد.



۲) بیمه سلامت

یکی از اهداف مطلوب هر نظام سلامت، این است که سازوکارهای مناسب تأمین مالی را به‌منظور حمایت از خانوارها به‌هنگام نیاز ارائه کند. توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی از ضروریات یک نظام سلامت بهینه محسوب می‌شود که این امر با استقرار پوشش همگانی خدمات سلامت در کنار توجه به کمیت و کیفیت خدمات میسر است. سیاست‌گذاران سلامت نیز در سراسر جهان بر اهمیت مراقبت‌های بهداشتی مناسب برای همه تأکید دارند. با این حال، هم‌چنان یکی از موانع مهم برای تأمین، حفظ و ارتقاء خدمات در نظام‌های سلامت، هزینه‌های زیاد مراقبت‌های سلامت نسبت به درآمد افراد یا نسبت به سرانه تولید ناخالص داخلی است که اغلب باعث کاهش سطح کیفی چنین مراقبت‌هایی می‌شود.

در سیاست‌های کلی سلامت نیز به توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف همگانی ساختن پوشش بیمه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان اشاره شده است. بر اساس گزارش حساب‌های ملی سلامت در سال ۱۳۹۹ (آخرین گزارش منتشره) سهم بیمه‌های سلامت از هزینه‌های کلی سلامت در ایران معادل ۵/۲۱ درصد (۷/۴۶ همت از ۴/۲۱۶ همت) بوده است. هم‌چنین شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت در سال ۱۴۰۰ با مقدار آستانه ۴۰ درصد معادل ۴۲/۲ درصد و با مقدار آستانه ۲۵ درصد معادل ۶۶/۳ درصد برآورد شده است.

چالش‌های حوزه بیمه سلامت

الف) پراکندگی صندوق‌های بیمه

پراکندگی صندوق‌های بیمه سلامت باعث ایجاد سیستمی چندلایه با بسته خدمات ناعادلانه برای جمعیت‌های مختلف می‌شود و از انباشت خطر جلوگیری می‌کند. هدف انباشت، توزیع خطر میان اعضای صندوق است؛ به‌طوری‌که هیچ فردی تمام بار پرداخت هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی را هنگام نیاز به تنهایی بر دوش نکشد. هرچقدر اعضای گروه بیشتر و متنوع‌تر باشند (فقیر و ثروتمند، مرد و زن، پیر و جوان، سالم و ناسالم)، بیمه به‌طور مؤثرتری خطر را توزیع خواهد کرد. در ایران علاوه بر اینکه سه صندوق بیمه پایه اصلی به فعالیت



می‌پردازند؛ ۱۷ بیمه دیگر نیز به ارائه خدمات درمانی با استانداردهای بالاتر به کارکنان برخی نهادها و شرکت‌های دولتی مبادرت می‌ورزند که مصداق بارز بی‌عدالتی است.

ب) فقدان پوشش بیمه‌ای مناسب

یکی دیگر از اهداف توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی، پوشش کامل نیازهای پایه درمان و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان و مشارکت عادلانه آنها در پرداخت است. مشارکت عادلانه در تأمین مالی یکی از اهداف اصلی نظام سلامت در جهان می‌باشد. برقراری نظام بیمه‌ای، یکی از رایج‌ترین روش‌ها برای محافظت مالی مردم در برابر هزینه‌های بهداشت و درمان به شمار می‌رود. با این حال، به دلیل نبود منابع کافی و عدم وجود رویکرد خرید راهبردی، بیمه‌های سلامت پوشش مطلوبی در برابر هزینه‌های خدمات سلامت نداشته و این امر باعث افزایش پرداخت از جیب مردم شده است. گزارشات غیررسمی حاکی از این است که سهم پرداخت از جیب مردن در سال ۱۴۰۲ به حدود ۶۰ درصد افزایش یافته است.

پ) عدم خرید راهبردی خدمات سلامت

خرید راهبردی، به تخصیص منابع به ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی گفته می‌شود و تعداد گسترده‌ای از جنبه‌ها همچون طراحی بسته حمایتی، تخصیص منابع و روش‌های پرداخت را شامل می‌شود. بنابراین جنبه‌های عملکرد نظام سلامت و نیازهای سلامت جامعه برای خرید راهبردی ضروری است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، پاسخ به ۵ سؤال در این زمینه می‌تواند تضمین‌کننده اجرای درست خرید راهبردی باشد: (۱) چه چیزی بخریم؟ (۲) برای چه کسی بخریم؟ (۳) با چه قیمتی بخریم؟ (۴) چگونه بخریم؟ (۵) از چه کسانی بخریم؟ با این حال تصویب قوانینی همچون الزام تمامی ارائه‌دهندگان خدمت به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه که در قوانین بودجه سال‌های اخیر تکرار شده است و نیز تعدادی از مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور درخصوص رایگان نمودن برخی از خدمات درمانی، مغایر با اصول خرید راهبردی است.

ت) ناپایداری در تأمین منابع

استفاده از روش‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، کاهش



هزینه‌های نظام سلامت، گسترش درآمدهای مالیاتی، افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، تعرفه‌گذاری مبتنی بر ارزش خدمات سلامت، تقویت مشارکت عمومی-خصوصی، رفع هم‌پوشانی بیمه‌ای، افزایش کارایی نظام سلامت، استفاده از روش‌های پیش‌پرداخت، تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای و اصلاح بسته خدمات سلامت، پرتکرارترین راهکارهای مربوط به تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران بودند. برنامه‌های تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت علاوه بر افزایش منابع مالی مورد نیاز، باید بر استفاده بهینه از منابع موجود نیز تأکید داشته باشد. ضررده بودن برخی از شرکت‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی، افزایش فاصله سن بازنشستگی و سن فوت، گره زدن قسمتی از بودجه بیمه‌های پایه به منابع ناپایدار تبصره ۱۴ (هدفمندی یارانه‌ها) و نامتوازن بودن حق بیمه‌های دریافتی از برخی دهک‌ها از جمله عوامل ناپایدارکننده در تأمین منابع هستند. سنتی بودن فرایندهای موجود در سازمان‌ها بیمه‌گر پایه و زمانبر بودن برخی فرایندها من جمله بررسی اسناد و ارسال اسناد مالی دریافتی از سازمان برنامه و بودجه کشور به ذی‌نفعان از دیگر مسائل اصلی تأمین منابع هستند.

پیشنهادات مرکز تحقیقات ثریا در خصوص چالش‌های حوزه بیمه سلامت

الف) به منظور افزایش بودجه نظام سلامت و با عنایت به بند «پ» ماده ۲۶ قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب ۱۴۰۰/۰۳/۰۲ مجلس شورای اسلامی و عدم تخصیص منابع حاصل از «مالیات بر کالاها و خدمات آسیب‌رسان به سلامت» به وزارت بهداشت، باید در لایحه بودجه سالیانه، سهم وزارت بهداشت از این مالیات مشخص و تخصیص داده شده و در استفاده از سازوکار موجود در بند مذکور تعجیل شود.

ب) یکی از عواملی که باعث عدم یک‌پارچگی نظام بیمه سلامت در کشور شده و امکان توزیع خطر و مشارکت عادلانه در پرداخت را سلب کرده‌است، بیمه‌های سازمانی هستند که به ادغام آنها در بند «ب» ماده ۳۸ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۴-۱۳۹۰) مصوب ۱۳۸۹/۱۰/۱۵ مجلس شورای اسلامی نیز به این موضوع اشاره شده است.



بدین منظور پیشنهاد می‌گردد تمامی بیمه‌های سازمانی متعلق به دستگاه‌های حاکمیتی در سازمان بیمه سلامت ایران ادغام شوند. در صورتی که دولت حاضر به پرداخت هزینه‌های اجتماعی این موضوع نباشد، پیشنهاد می‌شود بیمه‌های سازمانی صرفاً به ارائه خدمات تکمیلی پرداخته و بیمه پایه کارکنان به سازمان بیمه سلامت ایران تغییر کرده و در گام بعد، وفق ماده ۸ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، پرداخت هزینه‌های بیمه تکمیلی از منابع دولتی به هر نحوی ممنوع گردد.

پ) به دلیل وجود افراد بیمه نشده در کشور و همچنین رایگان بودن حق بیمه دهک‌های اول تا پنجم، پیشنهاد می‌گردد سازمان بیمه سلامت ایران تمامی افراد دهک‌های مذکور که بیمه پایه ندارند، به صورت خودکار تحت پوشش قرار دهد. (ت) پیشنهاد می‌گردد به منظور افزایش کارایی صندوق بیماران خاص و صعب‌العلاج، HIS برای بیماران مشمول این صندوق به‌روزرسانی شده و همچنین به منظور استفاده بیماران تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی از این صندوق، سامانه‌های سازمان تأمین اجتماعی باید به سازمان بیمه سلامت ایران متصل شده و تبادل داده نمایند.

ث) یکی از عواملی که نظام سلامت را به شدت تحت تأثیر قراردادده است، بدهی سازمان‌های بیمه‌گر، علی‌الخصوص سازمان تأمین اجتماعی، به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی است. به منظور رفع این مشکل پیشنهاد می‌گردد با همکاری سازمان برنامه و بودجه کشور و نظارت دقیق بر منابع و مصارف سازمان‌های بیمه‌گر و پرداخت مطالبات آنها و افزایش بهره‌وری شرکت‌هایی که سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تأمین اجتماعی سهامدار آنان هستند، اقدام لازم جهت پرداخت معوقات صورت گیرد. در این راستا تسریع در اجرای بند «ب» ماده ۷۱ قانون برنامه هفتم مبنی بر ایجاد سازوکار پرداخت سهم یارانه دولت از طریق تسویه الکترونیکی و اعتباری مطالبات در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی تأثیر به‌سزایی در این امر خواهد داشت.



ج) در نظام‌های مراقبت سلامت با مدل تأمین مالی عمومی، انتخاب حجم و گستره پوشش خدمات بهداشتی و درمانی، بازتابی از اولویت‌های نسبی مرتبط با انتخاب مداخلات است. پرداختن به این موضوع به‌عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد خرید راهبردی (اینکه چه خدمتی خریداری شود، بسته بیمه پایه سلامت به چه ترتیبی تدوین شود و میزان پوشش خدمتی بیمه پایه سلامت چقدر باشد). باعث ارتقاء شاخص‌های هزینه-اثربخشی و هزینه-منفعت شده و در فرهنگ سلامت جامعه تأثیرگذار است. بدین منظور پیشنهاد می‌گردد سازوکاری شفاف و علمی به‌منظور تعیین بسته خدمات تعیین شده و از هرگونه تغییر در بسته خدمات خارج از این سازوکار معین پرهیز کرد. علاوه بر این لازم است نقش سازمان برنامه و بودجه کشور در فرایند بررسی و تأیید مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور مورد بازنگری قرار گیرد؛ زیرا اختلافات حقوقی گسترده‌ای در تفسیر فرایند موضوع بند «الف» ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور وجود دارد که می‌بایست توسط معاونت حقوقی ریاست جمهوری و با حضور ذی‌نفعان مربوطه رفع ابهام گردد.

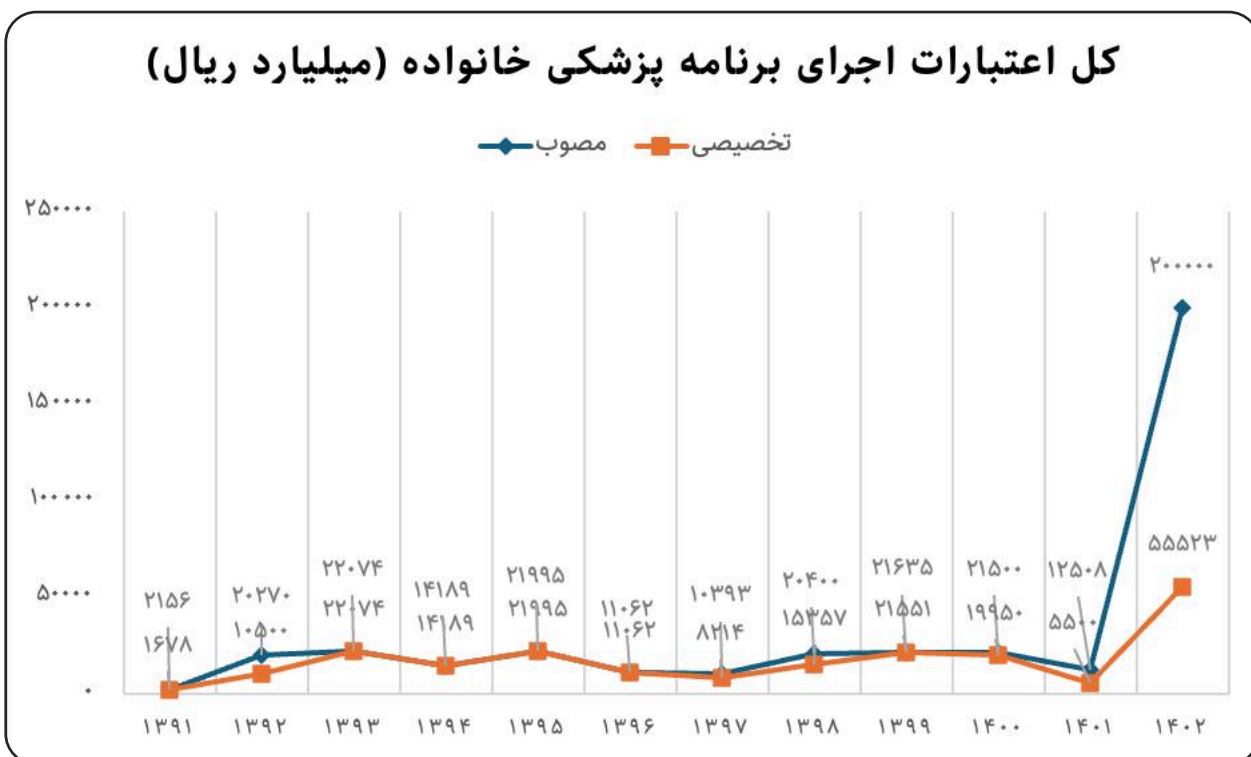
چ) به منظور پیاده‌سازی راهنماهای بالینی و جلوگیری از ایجاد تقاضای القایی، پیشنهاد می‌گردد وزارت بهداشت «سامانه جامع قواعد سلامت» را راه‌اندازی نموده و راهنماهای بالینی را از این طریق برای خدمات شایع و همچنین خدمات گران‌قیمت اجرا نماید. همچنین کسورات بیمه‌ها نیز صرفاً از قواعد سامانه پیروی نموده و هیچ موردی اضافه یا کمتر نسبت به قواعد مذکور اعمال نگردد تا از بروز رفتارهای سلیقه‌ای جلوگیری شود. در همین راستا پیشنهاد می‌شود از تجارب کشورهای که مداخله نیروی انسانی را در فرایند رسیدگی به اسناد به حداقل رسانده‌اند و نیز فناوری‌های نوین همچون هوش مصنوعی استفاده گردد. هرچند این موضوع با مقاومت کارکنانی که در این بخش فعالیت می‌نمایند مواجه خواهد شد.



۳) برنامه پزشکی خانواده

از اواخر سال ۱۳۸۱، تیمی متشکل از تمامی سازمان‌های بیمه‌گر پایه و کارشناسان بخش‌های مختلف دخیل در حوزه سلامت تشکیل گردید و پس از مطالعه‌ای جامع در مورد نظام‌های گوناگون سلامت در جهان و الگوبرداری از ساختار و روش‌های نظام سلامت برخی از کشورها از جمله کانادا و انگلستان، تیم اجرایی اصلاح نظام سلامت تشکیل شد. از اقدامات اجرایی این تیم، تعیین پنج استان خراسان رضوی، آذربایجان شرقی، چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و بوشهر به عنوان استان‌های آزمایشی در استقرار سیستم جدید سلامت مبتنی بر پزشکی خانواده با هماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر بود.

در سال ۱۳۸۴ نمایندگان مجلس در اقدامی بی‌نظیر، تمامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی وقت قرار دادند تا عملاً مقدمات تشکیل صندوق مالی واحدی برای اجرای برنامه‌های سلامت شکل گیرد. بدین ترتیب فرصتی فراهم شد تا از مرداد ماه ۱۳۸۴ اجرای برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی با همکاری گام‌به‌گام وزارت بهداشت و سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز شود. پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای برنامه پزشکی خانواده در روستاها و شهرهای زیر بیست هزار نفر در کشور و بر اساس الزامات قانونی، دولت موظف به گسترش این برنامه به شهرها شد.





در آبان ۱۳۸۹ تفاهم‌نامه‌ای برای اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشکی خانواده در سه استان منتخب میان وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی انعقاد یافت. برخلاف برنامه زمان‌بندی‌شده و پس از تصمیم هیئت وزیران مبنی بر اجرای برنامه طی دو سال از تاریخ ۲۶/۰۱/۱۳۹۱ و هم‌چنین متعاقب تصویب نسخه ۰۲ از تابستان سال ۱۳۹۱، اجرای برنامه بر اساس نسخه جدید در استان فارس و از پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد.

با شروع دولت سیزدهم، مجدداً برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دستور کار قرار گرفت و نسخه ۰۳ شیوه‌نامه برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع در زمستان ۱۴۰۱ طراحی شد. پس از آن در بهار ۱۴۰۲ نام طرح به «برنامه ملی سلامت خانواده و نظام ارجاع» تغییر یافت و اجرای این طرح با این نام ادامه پیدا کرد.

چالش‌های حوزه برنامه پزشکی خانواده

الف) تأمین مالی برنامه

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع را می‌توان به‌عنوان یک نظام جامع ارائه خدمات مراقبت سلامت در نظر گرفت که باید دارای تمامی ارکان نظام سلامت مانند تأمین مالی و نظام پرداخت باشد و به‌منظور اجرای این برنامه در کشور، تأمین منابع پایدار مالی الزامی است. با اینکه در سال ۱۴۰۲، ۲۰ هزار میلیارد تومان برای اجرای برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع در نظر گرفته شده بود؛ با این حال فقط ۵/۵ هزار میلیارد تومان از این بودجه تخصیص یافته است. بدون تخصیص منابع مالی کافی، به‌کارگیری تعداد کافی پزشک و زیرساخت‌های لازم که از عناصر اصلی اجرای این برنامه است، ناممکن است.

ب) آموزش نیروها

تیم پزشکی خانواده باید بر اساس نیاز جامعه و تقاضای آن، آموزش دیده و تربیت شود. در دهه‌های اخیر، شیوع و بروز بیماری‌ها، از بیماری‌های ناشی از ارگان‌سِم‌ها و بیماری‌های واگیر به طرف بیماری‌های ناشی از علت‌های رفتاری و بیماری‌های غیرواگیر تغییر کرده است. با توجه به گذار اپیدمیولوژیک و تغییر الگوی بیماری‌ها، تغییر در رویکرد آموزش پزشکی بیش از پیش احساس می‌شود. با اینکه برنامه‌هایی برای آموزش‌های تیم پزشکی خانواده دیده شده است،



اما این امر نیازمند تغییر رویکرد و اصلاحات بنیادی‌تر است. آموزش پزشکی عمومی کاملاً تخصص‌محور بوده و به‌هیچ‌وجه متناسب با شرح وظایف تعریف‌شده برای پزشک خانواده است.

پ) نظارت و ارزیابی عملکرد

در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، به‌منظور دستیابی به اهدافی نظیر افزایش کیفیت و واپایش طرح و هم‌چنین برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری برای ادامه مسیر پزشکی خانواده و نظام ارجاع، باید ارکان مختلف این نظام ارائه خدمت از مراجعه بیمار به تیم پزشکی خانواده تا دریافت خدمت، بهبود بیمار و ارسال بازخوراند، مورد نظارت و ارزیابی قرار گیرد؛ اما به دلیل پایین بودن میزان سرانه پرداختی و تأخیر در پرداخت مطالبات تیم سلامت، این امر به حاشیه رفته و امکان نظارت فعال از بین رفته است.

ت) اجرای سطح‌بندی و راهنمای بالینی

افراد با ورود به برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع وارد یک مسیر مشخص شده شده و روند درمان را در سطوح مختلف پی می‌گیرند. این مسیر هدایت‌شده در نظام ارجاع دارای اصول علمی و راهنماهای بالینی است که پزشک با توجه به این اصول و راهنماها بیمار را ارجاع داده و دستورالعمل درمان بیمار را مشخص می‌کند. یکی از چالش‌های اجرای نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، نبود راهنماهای بالینی باکیفیت، بی‌میلی مسئولین مربوطه نسبت به اجرای آن، نبود زیرساخت الکترونیک جهت نظارت بر اجرای آن، عدم فرهنگ‌سازی برای جامعه و مقاومت برابر اجراست. عدم وجود ساختار آموزشی، به‌ویژه از نوع کاربردی، در کوریکولوم آموزشی دانشجویان علوم پزشکی برای آشنایی با پزشکی مبتنی بر شواهد یکی دیگر از موانع اجرای راهنماهای بالینی است.

ث) فرهنگ‌سازی

یکی از مشکلات اجرای برنامه مذکور این است که مردم از کلیات و محتوای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع آگاهی پایینی داشته و پذیرش کمی نسبت به پزشک خانواده دارند. در واقع، این امر به صورت فرهنگ در میان مردم در آمده که با وقوع اولین مشکل به پزشک متخصص و فوق تخصص مراجعه کرده و روند درمان را از سطوح بالاتر پی می‌گیرند.



هم‌چنین اهداف و رویکردهای این برنامه برای مسئولین نیز تبیین نشده و آنها نیز در مقابل اجرای نظام ارجاع مقاومت نشان می‌دهند.

پیشنهادات مرکز تحقیقات ثریا در خصوص چالش‌های حوزه برنامه پزشکی خانواده

به‌منظور توسعه نظام ارائه خدمات بهداشتی-درمانی یک‌پارچه و پیوسته و هم‌چنین با توجه به تجربیات نظام سلامت کشور و قوانین بالادستی، پیشنهاد می‌گردد «برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع» در کشور به شرح ذیل پیاده شود:

(الف) اجرای آزمایشی در چند استان و عدم توسعه به استان‌های دیگر پیش از ارزیابی اجرا و انجام اصلاحات موردنیاز در شیوه‌نامه

(ب) پوشش کامل فرایند مراجعه و درمان بیمار شامل سطح یک، ارجاع به سطوح دو و سه و دریافت بازخوراند

(پ) اختصاص بخشی از ظرفیت مراکز ارائه‌دهنده خدمات دولتی به بیماران ارجاعی (پ) ارتباط و تبادل داده تمامی سامانه‌های الکترونیک ذی‌ربط با اولویت سامانه‌های سیب، HIS، بیمه‌های پایه و نوبت‌دهی الکترونیک ذیل نظام تنظیم‌گری و کاروری سلامت الکترونیکی

(ت) رصد مستمر خانواده توسط تیم مراقب سلامت تعیین‌شده

(ث) اطلاع‌رسانی گسترده در مناطق اجرای طرح با استفاده از ظرفیت‌های داخلی وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌ها

(ج) اجرای برنامه پیشگیری، تشخیص زودهنگام و غربالگری تعدادی از بیماری‌های غیرواگیر شایع از طریق تیم‌های مراقب سلامت

(چ) تسهیل شرایط ورود بخش خصوصی به این برنامه نسبت به شیوه‌نامه فعلی



۴) نیروی انسانی

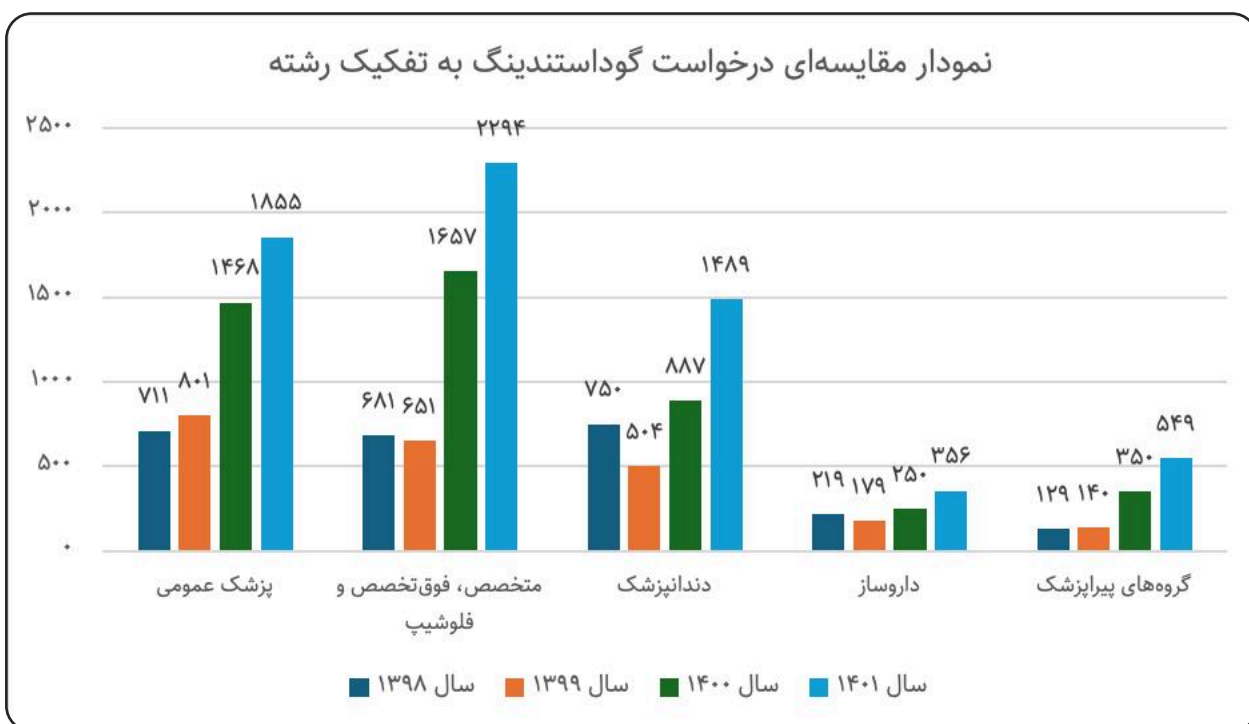
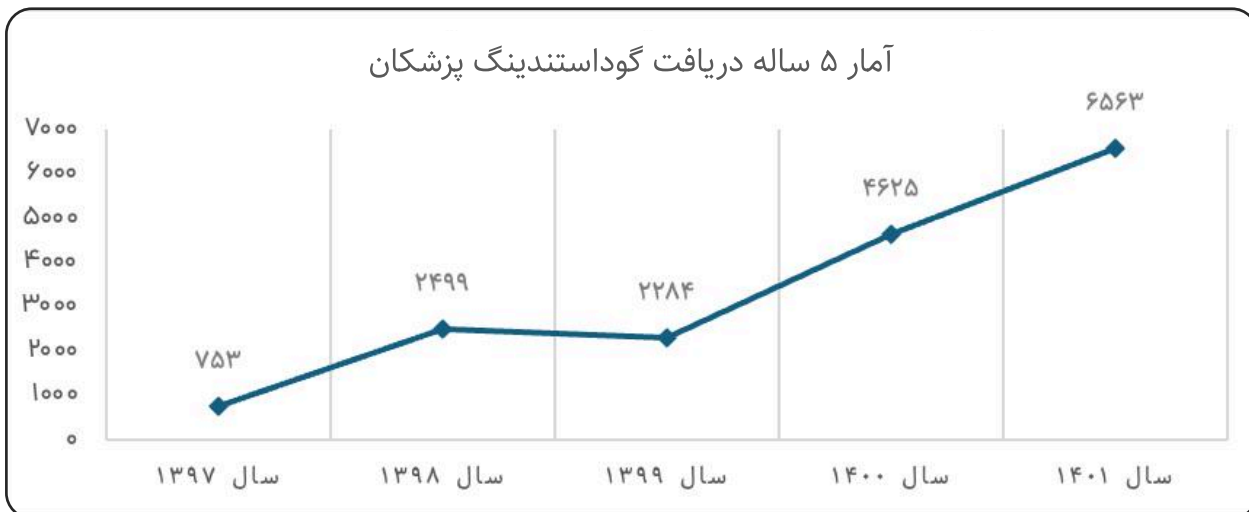
نیروی انسانی مهم‌ترین منبع نظام سلامت در جهت تأمین سلامت افراد و برقراری عدالت اجتماعی است. شیوع روزافزون بیماری‌های مزمن و سالمندی در جمعیت کشور باعث شده است که نیاز به خدمات درمانی سرپایی و بستری افزایش یابد و این امر، نیازمند تأمین تعداد، کیفیت و ترکیب مناسب منابع انسانی در آینده است.

در سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی، اقدامات مهمی در جهت تربیت نیروی انسانی نظام سلامت صورت گرفته است. تعداد و تنوع ارائه‌کنندگان خدمات سلامت افزایش قابل توجهی پیدا کرده است؛ به نحوی که با پیاده‌سازی شبکه‌های بهداشت و درمان در کشور، خدمات موردنیاز در دسترس دورترین نقاط کشور نیز قرار گرفته است. تربیت نیروهای بهورزی در روستاها و مراقبین سلامت در شهرها، به‌عنوان خط اول ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در شبکه‌های بهداشت، انقلابی در بهبود شاخص‌های بهداشتی ایجاد نمود. تأمین نیروی انسانی متناسب با نیازهای جامعه با تأسیس دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی (محصول ادغام سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی استان‌ها با دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی) حاصل شد.

چالش‌های حوزه نیروی انسانی

الف) مهاجرت

یکی از چالش‌های عمده نیروی انسانی نظام سلامت در کشور، مسئله مهاجرت و خروج از کشور نیروی انسانی است. این مسئله به دلایلی نظیر ناامیدی از آینده، احساس بی‌ثباتی شغلی و نگرانی از آینده فرزندان، فشار اقتصادی و پایین بودن دریافتی و عدم رشد آن متناسب با نرخ تورم، مشکلات مدیریتی بخش دولتی، عوامل اجتماعی، بی‌اهمیت جلوه دادن موضوع و در نتیجه عدم تلاش برای پیشگیری و اصلاح آن و از دست رفتن جاذبه عضویت هیئت علمی یا سایر انواع فعالیت در دانشگاه‌ها در حال رخ دادن است.



ب) عدم تمایل به فعالیت در بخش دولتی

از مشکلات دیگر حیطه نیروی انسانی نظام سلامت، می‌توان به عدم تمایل به فعالیت در بخش دولتی اشاره کرد. متأسفانه عملکرد دولت‌ها، نه تنها امکان تحقق سیاست‌های کلی سلامت را فراهم ننموده، بلکه در مواردی در تضاد با آن عمل کرده است. به‌عنوان مثال یکی از مهم‌ترین موارد در این زمینه تشویق و ترغیب اعضای هیئت علمی به فعالیت تمام وقت جغرافیایی است. این امر آموزش و پژوهش را تقویت نموده، امکان ارائه خدمت به اقشار کم‌برخوردار را توسط کارآمدترین پزشکان فراهم می‌نماید و هزینه نهایی ارائه خدمت را کاهش



می‌دهد؛ اما عمدتاً به دلیل نوع مدیریت مالی حاکم در حوزه سلامت، فاصله درآمدی درون و بیرون دانشگاه به صورت فزاینده و غیرقابل قبول افزایش یافته و از طرفی ایجاد محدودیت‌های درآمدی در داخل دانشگاه‌ها باعث شده که جذابیت این عرصه به شدت کاهش یافته و منجر به عدم تمایل پزشکان به فعالیت در بخش دولتی شود.

پ) توزیع نامتناسب نیروی انسانی

یکی دیگر از چالش‌های حیطه نیروی انسانی، توزیع نامتناسب آن در مناطق مختلف کشور است. اگرچه تعداد نیروی انسانی موجود در نظام سلامت یک کشور، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر ارائه خدمات بهداشتی درمانی شناخته شده است، اما این موضوع تنها یک روی سکه است و روی دیگر آن، نحوه توزیع این نیروها در سطوح مختلف نظام سلامت با در نظر گرفتن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، اپیدمیولوژیک و بیماری‌شناختی است. سیاست‌گذاری با هدف توزیع نیروی انسانی نظام سلامت، از تصمیماتی است که در سطح کلان کشوری و توسط وزارت بهداشت کشورها انجام می‌شود. در صورتی که توزیع نیروی انسانی به صورت متقارن و متناسب صورت گیرد، می‌تواند یکی از عوامل مؤثر بر ارتقای شاخص‌های سلامت در یک کشور شود. در شرایط فعلی شاهد تراکم بسیار زیاد پزشکان، دندانپزشکان، داروسازان و سایر کادر درمان در مناطق مرفه شهرهای بزرگ و هم‌زمان نبود بسیاری از تخصص‌ها در برخی شهرستان‌ها نشان از این امر دارد. تصویب برخی مقررات هم‌چون تسهیل صدور مجوز داروخانه‌ها در مناطق پرتراکم نیز باعث تشدید این موضوع شده است.

پیشنهادات مرکز تحقیقات ثریا در خصوص چالش‌های حوزه نیروی انسانی

الف) پیشنهاد می‌گردد در اولین گام جهت متعادل نمودن ظرفیت رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی عمومی، مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی مبنی بر افزایش دو برابری ظرفیت، مورد بازبینی قرار گیرد؛ به صورتی که پس از نیازسنجی و برآورد نیروی انسانی موجود براساس بار بیماری‌ها، تعداد تخت، ویزیت موردنیاز و دیگر شاخص‌ها، مصوبه جدید جهت تعیین میزان ظرفیت رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی عمومی و تخصصی تدوین و تصویب گردد.



ب) به منظور تأمین نیروی انسانی مناطق محروم کشور، افرادی که با استفاده از سهمیه مناطق محروم، موضوع قانون اصلاح بند ۳ ماده واحده قانون برقراری عدالت آموزشی در پذیرش دانشجو در دوره‌های تحصیلات تکمیلی و تخصصی در دانشگاه‌ها مصوب ۱۳۹۲/۰۷/۱۰ مجلس شورای اسلامی با اصلاحات و الحاقات بعدی و مصوبات افزایش ظرفیت پزشکی در مقطع عمومی مصوب ۱۴۰۰/۱۰/۲۲ و افزایش ظرفیت پذیرش دندانپزشکی در مقطع عمومی مصوب ۱۴۰۱/۰۵/۰۳ شورای عالی انقلاب فرهنگی، پذیرش شده‌اند، مدت تعهد خود را الزاماً در مناطق محروم طی نموده و از فعالیت آنها در خارج از مناطق مربوطه و دریافت گواهی عدم نیاز جلوگیری به عمل آید و تعهدات متناسب از این افراد اخذ گردد. همچنین این فرایند به صورت شفاف در سامانه‌ای قابل رصد باشد. (ر.ک. بند «پ» پیشنهادات مرکز تحقیقات ثریا درخصوص چالش‌های حوزه تولیت)

پ) نحوه توزیع نیروی انسانی مشمول طرح تعهد خدمت موضوع قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان مصوب ۱۳۷۵/۰۲/۱۲ مجلس شورای اسلامی با اصلاحات و الحاقات بعدی، مورد بازبینی قرار گرفته و محل طرح این افراد، بر اساس اولویت‌هایی نظیر محل تحصیل، محل زندگی خود یا خانواده یا اولویت اعلامی فرد مشخص شود و از هرگونه اعمال نفوذ و بروز تعارض منافع جلوگیری شود. در مواردی که به دلیل کمبود نیروی انسانی در مناطق محروم، امکان توزیع بر اساس اولویت‌های مذکور وجود نداشته باشد، لازم است مشوق‌هایی نظیر مجوز فعالیت در بخش خصوصی در ساعات غیرنیاز، کاهش مدت زمان طرح و اعمال ضرایبی در دریافتی افراد در نظر گرفته شود. ضمناً در اجرای آراء متعدد دیوان عدالت اداری، با ابلاغ بخشنامه‌ای از سوی وزارت بهداشت، از تغییر اجباری محل طرح پزشکان طرحی که توسط هیئت رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان محکوم نشده‌اند، توسط شبکه بهداشت و درمان جلوگیری شود. همچنین در اجرای ماده ۲۷ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰/۰۷/۲۴ کمیسیون مشترک طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده مجلس شورای اسلامی



جهت کاهش مدت زمان طرح و تعویق آغاز آن برای مادران باردار و دارای فرزند خردسال، هیچ گونه ممانعتی از سوی دانشگاه‌ها به عمل نیاید.

ت) با توجه به حجم بالای فعالیت پزشکان طرحی و دستیاران تخصصی و فوق تخصصی، پیشنهاد می‌گردد سقف فعالیتی برای این افراد نسبت به کل فعالیت‌های انجام‌شده در مرکز درمانی در نظر گرفته شود و در بخش‌هایی که در اثر این امر یا در اثر اجرای مصوبات شورای آموزش پزشکی و تخصصی مبنی بر کاهش فشار کاری دستیاران تخصصی (تعیین حداکثر ۱۲ کشیک در ماه، ممنوعیت دو کشیک پیاپی و تعیین ساعت پست کشیک حداکثر تا ۱۶:۳۰) و با تأیید وقوع کمبود توسط گزارشات بیمارستان، ارزیابی دانشگاه یا وزارت بهداشت یا گزارشات سامانه اعلام ناشناس تخلفات (موضوع مکاتبه شماره ۱۵۵۶۴ مورخ ۱۴۰۳/۰۲/۰۳ رئیس سابق دفتر رئیس‌جمهور)، با کمبود نیرو مواجه می‌گردند، از پزشکان غیرتمام وقت استفاده شود؛ به صورتی که با پرداخت موردی (پر کیس) و در بخش بستری با در اختیار قراردادن اتاق عمل و در بخش سرپایی با پرداخت کارانه، این افراد را تشویق به فعالیت در بخش دولتی نمود. در مواردی که این امکان وجود نداشته باشد، پیشنهاد می‌گردد بیمارستان موظف به پرداخت کارانه‌ای مضاعف به پزشکان و دستیاران شود.

ث) به منظور بهبود وضعیت معیشت نیروی انسانی پیشنهاد می‌گردد مبلغ ساعت اضافه‌کار پرستاران در اسرع وقت توسط شورای حقوق و دستمزد افزایش یابد. هم‌چنین دستیاران تخصصی و فوق تخصصی مشمول قانون کار شوند.

ج) به منظور تسهیل فعالیت پزشکان جوان، پیشنهاد می‌گردد مقررات مربوط به مجوز طبابت و مطب و هم‌چنین امتیازات مربوط به آن مورد بازبینی قرار گیرد. در این راستا، مطالعه جامعی جهت مقایسه تعداد پزشکان موردنیاز شهرهای دارای مجوز آزاد با تعداد پزشکان طرحی، سهمیه بومی و دارای سابقه بالا به تفکیک عمومی و متخصص انجام شود تا در صورتی که طی سال‌های پیش‌رو، تعداد پزشکان فارغ‌التحصیل بیش از این عدد بود، اجازه فعالیت در درمانگاه یا بیمارستان جهت کاهش مدت زمان طرح و تعویق آغاز آن برای مادران باردار و دارای فرزند



چ) پیشنهاد می‌گردد وزارت بهداشت به منظور ارتقاء سلامت دهان و دندان و کاهش هزینه‌های نظام سلامت و در راستای اجرای بند «ب» ماده ۶۹ قانون برنامه هفتم، اقدام به تربیت نیروهای حدواسط دندانپزشکی با تعیین حدود وظایف و مرزبندی آن با وظایف دندانپزشکان نماید.

۵) دارو و تجهیزات پزشکی

دارو به دلیل اثرگذاری بر سلامت انسان‌ها و جوامح بشری همواره از مهم‌ترین ارکان سلامت بوده است. در نتیجه، تولید، توزیع و قیمت‌گذاری آن، دحتی در بحرانی‌ترین شرایط کشور، از اولویت‌های خاص دولت‌ها بوده است. در حال حاضر، به لحاظ عددی ۹۶ درصد از نیازهای دارویی کشور در داخل ایران تولید و ۴ درصد از داروهای موردنیاز از طریق واردات تأمین می‌شود؛ با این حال ارزش ریالی داروهای وارداتی چیزی حدود ۴۰ درصد از کل بازار دارویی کشور است. علاوه بر این، بسیاری از فرآورده‌های دارویی تولید داخل، نیازمند واردات مواد اولیه از خارج کشور می‌باشند. با توجه به موارد مطروحه، مسئله ارز موردنیاز واردات دارو و مواد اولیه آن، همواره مورد توجه مدیران و سیاست‌گذاران بوده است.

لذا با تغییر قیمت ارز، نه‌تنها داروهای وارداتی، بلکه تمام بازار دارویی کشور دچار افزایش هزینه چشمگیری می‌شوند. با توجه به حساسیت فرآورده‌های دارویی از نظر سلامتی و سیاستی، پس از افزایش ناگهانی قیمت ارز از اوایل سال ۱۳۹۷، این کالا جزء کالاهای اساسی مشمول ارز ترجیحی در نظر گرفته شد.

علاوه بر مشکلات مرتبط با تأمین ارز و بروز تخلفاتی در این حوزه، کارایی سیاست حمایتی تخصیص ارز ترجیحی با هدف ثبات قیمت و تضمین دسترسی، طی زمان مورد تردید قرار گرفت و به دلیل محدودیت منابع ارزی و مشکلات اجرایی، خود به مانعی در دسترسی تبدیل شد. به همین منظور در تیر ماه ۱۴۰۱ طرح دارویاری اجرا و ارز ۴۲۰۰ تومانی برای تمامی داروها و مواد اولیه دارویی (به استثنای داروهای بیماران خاص و صعب‌العلاج) حذف گردید.

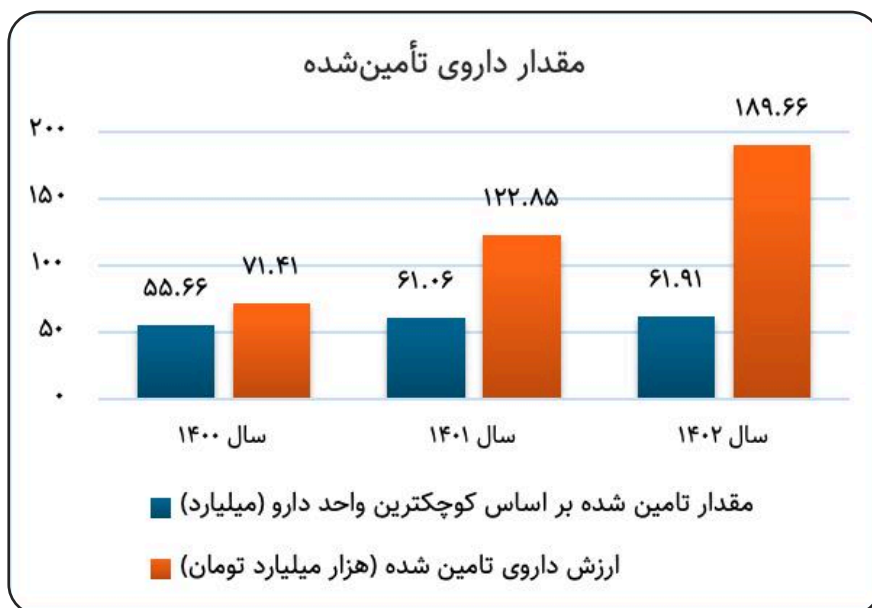


سال	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲
میزان تخصیص (دلار)	۱,۷۸۵,۸۱۸,۲۳۲	۱,۴۱۵,۹۶۶,۶۴۷	۲,۴۸۴,۱۴۷,۷۴۵	۱,۷۵۸,۶۷۶,۰۸۰	۲,۶۸۸,۱۳۰,۰۰۰
میزان تأمین (دلار)	۱,۷۴۳,۶۵۷,۲۷۸	۱,۲۵۹,۸۶۲,۷۸۴	۱,۸۴۳,۵۸۶,۶۳۴	۱,۴۴۱,۲۸۲,۵۶۱	۲,۰۶۹,۵۹۰,۰۰۰

جدول ۱: میزان ارز تخصیصی و تأمین‌شده حوزه دارو

وضعیت فعلی کشور در حوزه دارو

با توجه به آمارنامه دارویی سازمان غذا و دارو، در سال ۱۴۰۱، مقدار ۶۱ میلیارد (براساس کوچک‌ترین واحد دارو) به ارزش ۸/۱۲۲ همت و در سال ۱۴۰۲، مقدار ۶۲ میلیارد (براساس کوچک‌ترین واحد دارو) به ارزش ۱۸۹/۷ همت تأمین شده است. همچنین ارزش صادرات محصولات دارویی در سال ۱۴۰۱ معادل ۶۸/۵ میلیون دلار و در سال ۱۴۰۲ معادل ۱۰۸/۵ میلیون دلار بوده است که رشدی ۵۸ درصدی داشته است.



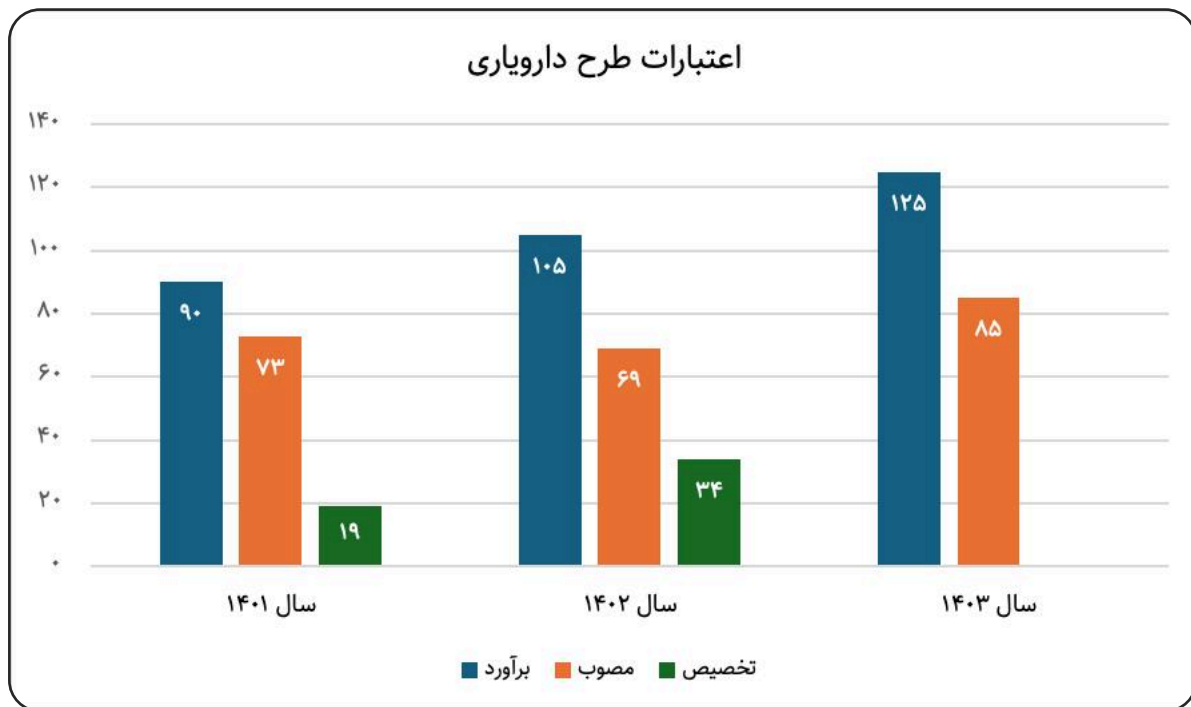
کمبود دارویی در سال ۱۴۰۲ به طور میانگین ماهانه ۱۱۲ قلم بوده که نسبت به سال ۱۴۰۱ که ۴۲۰ قلم دارو دچار کمبود بودند، ۶۷ درصد کاهش یافته است. در زمان تدوین این گزارش، ۱۵۰ قلم داروی پرمصرف دارای کمبود و محدودیت جدی بوده و ۶۵ قلم دیگر در شرایط کمبود حاد به سر می‌برند. ضمناً موجودی مواد اولیه برای ۵۳ قلم دارو و موجودی نهایی ۶۸ قلم دارو کمتر از یک ماه است.



چالش‌های حوزه دارو و تجهیزات پزشکی

الف) عدم پرداخت کامل اعتبارات طرح دارویی

با توجه به بررسی‌های صورت‌گرفته، میزان اعتبار موردنیاز برای اجرای طرح دارویی در سال ۱۴۰۲، ۱۰۵ همت برآورد شده بود که ۶۹ همت آن تصویب شد. در این سال، ۶۹ درصد از منابع طرح دارویار معادل ۴۷/۶ همت محقق شد که از این میزان تنها ۷۱ درصد معادل ۳۳/۸ همت تخصیص یافت. عدم تخصیص اعتبارات دارویی باعث عدم پرداخت به‌موقع مطالبات داروخانه‌ها توسط سازمان‌های بیمه‌گر شده‌است؛ به‌طوری‌که میزان مطالبات شرکت‌های پخش از مراکز ارائه‌دهنده خدمات دارویی به ۷۲ همت رسیده است.



ب) تأمین ارز

به‌منظور تأمین ذخیره راهبردی دارو و دیپوی شش ماهه، که مورد تأکید بند «الف» ماده ۷۱ قانون برنامه هفتم قرار گرفته‌است، ۱/۲ میلیارد دلار ارز ترجیحی نوع یک، ۳ میلیارد دلار ارز ترجیحی نوع دو و ۱/۳ میلیارد دلار ارز تالار دوم مورد نیاز است که از این میزان حداقل باید ۳۶۰ میلیون یورو ارز مرغوب اروپا و ۱۲۰ میلیون یورو معادل ارز روپیه هند تأمین گردد. هرچند میزان تأمین ارز حوزه بهداشت و درمان در سال ۱۴۰۲، رشدی ۲۶ درصدی نسبت به سال ۱۴۰۱



داشته، با این حال مشکلاتی نظیر تأمین ارز از سوی شرکت نیکو و توقف روند حواله‌کرد ارز بانک ورنگلد و ولکس آلمان و تأمین روپیه هند، وون کره و سایر ارزهای مرغوب وجود دارد. بدهی ۶۷ همتی دولت به بانک مرکزی بابت طرح دارویاری، این مشکلات را تشدید کرده است.

پ) تأمین نقدینگی

رویکرد انقباضی اداره کل عملیات پولی و اعتباری بانک مرکزی و سیاست‌های کلان ضدتورمی دولت در پایان سال ۱۴۰۲ باعث شد تا اعطای تسهیلات در سه ماهه پایانی سال متوقف گردد. انسداد غیرهدفمند کلیه تسهیلات در دست اجرا باعث شد تا مدیریت تورم سال ۱۴۰۲ زمینه‌ساز افزایش کمبودهای دارویی در ابتدای سال ۱۴۰۳ گردد. این اقدام بحران نقدینگی را در طول زنجیره دارو دوچندان ساخت که باعث افزایش قابل تأمل روند ابطال فیش‌های ارزی تخصیص گرفته شد.

ت) حساب جداگانه دارو و تجهیزات پزشکی

براساس بند «ب» تبصره ۱۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور مصوب ۰۶/۰۱/۱۴۰۲ مجلس شورای اسلامی، دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های تحت پوشش به دلیل جلوگیری از عدم ایجاد وقفه در فرایندهای پرداخت، ملزم به بازپرداخت انحصاری مبالغ حاصل از فروش دارو، لوازم و تجهیزات پزشکی به داروخانه‌ها و شرکت‌های پخش از طریق حساب اعتباری جداگانه هستند. با این حال، برخی از این نهادها حکم مذکور را رعایت نمی‌کنند؛ به‌صورتی که در مجموع ۶/۱۰ همت از ردیف درآمدی حاصل از دارو و تجهیزات پزشکی در سایر بخش‌های درآمدی دانشگاه‌ها هزینه شده است.

ث) نوسازی صنعت دارو

با توجه به فرسوده‌شدن برخی از کارخانجات داروسازی کشور و افزایش نیاز به اقلام دارویی و همچنین ضرورت ایجاد ذخیره راهبردی حداقل شش ماهه دارو با کیفیت، بند «ج» ماده ۷۱ قانون برنامه هفتم، دولت را مکلف به تدوین برنامه نوسازی و بازسازی صنایع دارو، فرآورده‌های سلامت، تجهیزات و ملزومات پزشکی و واکسن نموده است. بدین منظور با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، باید معادل ۲۰۰ میلیون دلار تسهیلات ریالی و ارزی به این صنعت تخصیص یابد.



ج) ارزش‌ترجیحی تجهیزات پزشکی

علی‌رغم حذف ارزش ۴۲۰۰ تومانی برای عمده داروهای کشور، با این حال هم‌چنان ۴۵/۹ درصد از ارزش موردنیاز تجهیزات پزشکی (معادل ۱/۸ میلیارد دلار در سال ۱۴۰۲) با این رقم پرداخت می‌شود. با توجه به صعوبت تأمین این ارزش برای بانک مرکزی، عمده کمبودهای موجود در حوزه تجهیزات پزشکی متعلق به کالاهایی است که این ارزش را دریافت می‌کنند. هم‌چنین نبود نظارت بر زنجیره توزیع تجهیزات پزشکی، باعث شده است تا بیمار نتواند با قیمت یارانه‌ای تجهیزات موردنیاز را تأمین نماید. سازمان‌نیافتگی زنجیره توزیع تجهیزات و احساس خطر مسئولین از تبعات حذف این ارزش، باعث شده است تا رانت مذکور هم‌چنان باقی بماند. این در حالی است که بررسی آمارنامه دارویی نشان می‌دهد علی‌رغم طرح ادعاهایی مبنی بر افزایش ۶ تا ۷ برابری قیمت دارو در اثر اجرای طرح داروکاری، در سال ۱۴۰۱، ۴۰ درصد و در سال ۱۴۰۲، ۳۵ درصد بر قیمت دارو در کشور افزوده شد.

پیشنهادات مرکز تحقیقات ثریا درخصوص چالش‌های حوزه دارو و تجهیزات پزشکی

الف) با توجه به مشکلات و تعارضات ایجادشده بین سازمان برنامه و بودجه کشور، بانک مرکزی و وزارت بهداشت در تأمین بودجه طرح داروکاری و تأمین ارزش، پیشنهاد می‌گردد تفاهم‌نامه سه‌جانبه میان این دستگاه‌ها، هر ساله و در اسرع وقت امضا و اجرایی شده یا این موضوع در قالب مصوبه هیئت وزیران پیگیری شود. هم‌چنین تعهدات سازمان برنامه و بودجه به صورت نشان‌دار پرداخت شده و در صورت تأمین منابع ماهیانه از سوی سازمان تأمین اجتماعی، سهم مربوط به این سازمان نیز از سوی دولت به صورت ماهیانه پرداخت شود.

ب) به منظور کاهش خروج از زنجیره و کمبودهای مقطعی، پیشنهاد می‌گردد در اسرع وقت، رصد مواد اولیه نیز از طریق سامانه TTAC صورت گرفته و نقاط بحرانی ذخیره دارو با این سامانه رصد شده و پیش از ایجاد کمبود، اقدامات لازم به منظور رفع آن صورت گیرد.



پ) مقررات و ضوابط حاکم بر حوزه دارو و تجهیزات پزشکی عمدتاً در قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی است که در سال ۱۳۳۴ تصویب شده است. با گذشت نزدیک به ۷۰ سال از تصویب این قانون و تغییرات اندک در متن آن، این قانون پاسخگوی نیازهای این حوزه نیست. بدین منظور پیشنهاد می‌گردد لایحه اصلاح قانون، جهت تصویب تقدیم مجلس گردد. هم‌چنین با توجه به اینکه جرائم و تخلفات این حوزه بازدارندگی لازم را ندارد، پیشنهاد می‌گردد از فرصت ارسال لایحه دوفوریتی اصلاح و تکمیل برخی از قوانین مربوط به تعزیرات حکومتی مصوب ۱۴۰۳/۰۲/۰۵ هیئت وزیران به مجلس حداکثر استفاده به عمل آمده و از طریق تعامل با کمیسیون بهداشت و درمان و کمیسیون قضایی و حقوقی مجلس، مجازات مربوط به شرکت‌های تولیدکننده، شرکت‌های پخش، داروخانه‌ها و مراکز عرضه غیرمجاز دارو، تجهیزات پزشکی و فراورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل تشدید شده و اختیارات وزارت بهداشت در برخورد با موارد فوق‌الذکر افزایش یابد.

ت) در رابطه با مشکلات کمبود و تولید شیرخشک، پیشنهاد می‌گردد ارز واردات مواد اولیه شیرخشک به نرخ ارز تالار دوم (پس از تغییر نحوه پرداخت یارانه) تغییر کند. جهت نیل به خودکفایی و تولید مواد اولیه، پیشنهاد می‌گردد برنامه راهبردی جهت تولید مواد اولیه شیرخشک توسط کارخانه‌های تولیدکننده داخلی تدوین شده و دولت موظف به خرید تضمینی از این کارخانه‌ها شود. به‌منظور تغییر نحوه پرداخت یارانه شیرخشک، پیشنهاد می‌گردد به‌جای پرداخت به داروخانه‌ها، این یارانه در قالب بسته بهداشتی غذایی حمایت از مادران دارای فرزند زیر دو سال در دهک‌های یک تا هشت به خانوارها اعطا شود.

ث) پیشنهاد می‌گردد ارز ترجیحی آن دسته از تجهیزات پزشکی که ارز ۴۲۰۰ تومانی دریافت می‌کنند به ۲۸,۵۰۰ تومان تغییر یابد. بدین صورت که برای تجهیزات تحت پوشش بیمه پایه، یارانه به داروخانه منتقل شود و برای تجهیزاتی که تحت پوشش بیمه نیستند، حسب مورد از طریق اعطای یارانه به مرکز عرضه تجهیزات یا انجام مطالعات هزینه-اثربخشی و افزوده شدن به فهرست بیمه‌ای



اقدام گردد. همچنین ضروری است برای خدماتی همچون برخی آزمایشات و خدمات تصویربرداری که تحت پوشش بیمه پایه هستند، ابتدا میزان تأثیر تغییر نرخ ارز در قیمت تمام‌شده محاسبه شده و افزایش قیمت ابتدا از طریق مصوبه شورای عالی بیمه سلامت کشور تحت پوشش بیمه قرار گرفته و سپس نسبت به افزایش نرخ ارز اقدام شود. مجموع اعتبارات موردنیاز این طرح در سال جاری ۲۱ همت خواهد بود.

ج) با توجه به کمبود نقدینگی شرکت‌های دارویی، جهت جبران منابع ریالی موردنیاز در سال ۱۴۰۳ و تضمین دسترسی بیماران به دارو، بانک مرکزی مکلف به ارائه ۹۰ همت تسهیلات به شرکت‌های معرفی شده از سوی سازمان غذا و دارو گردد.

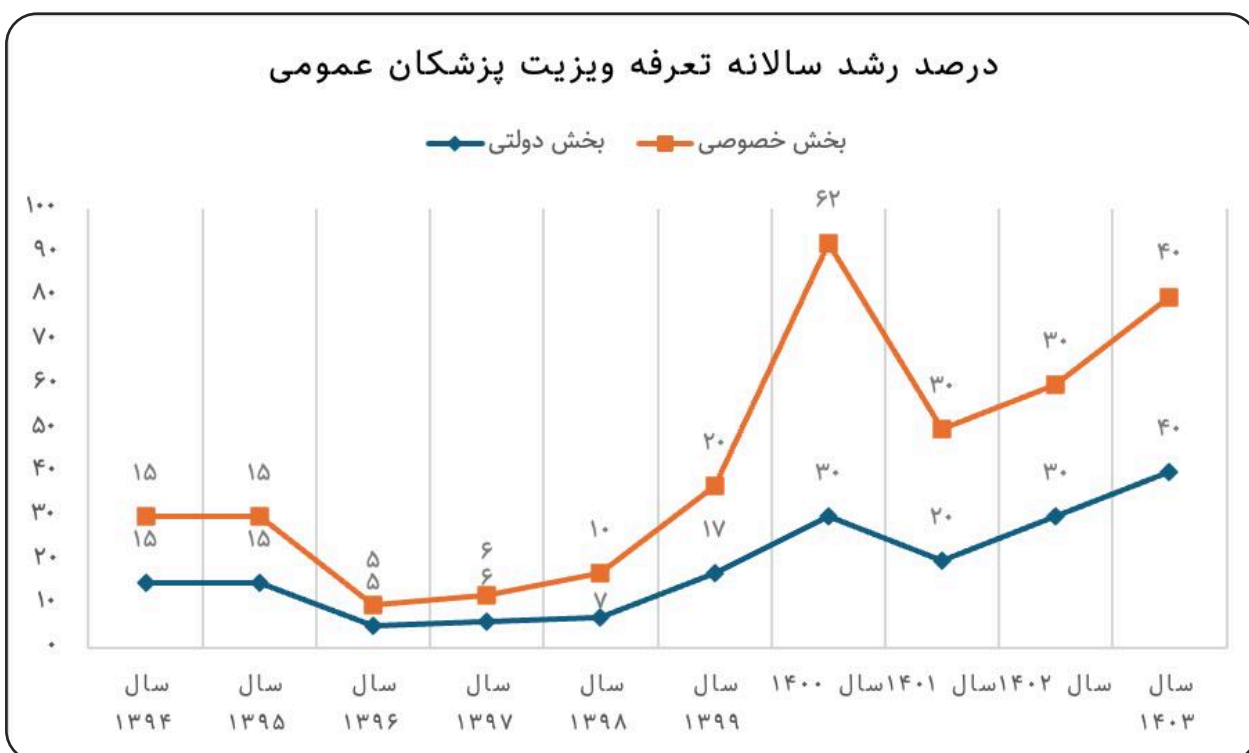
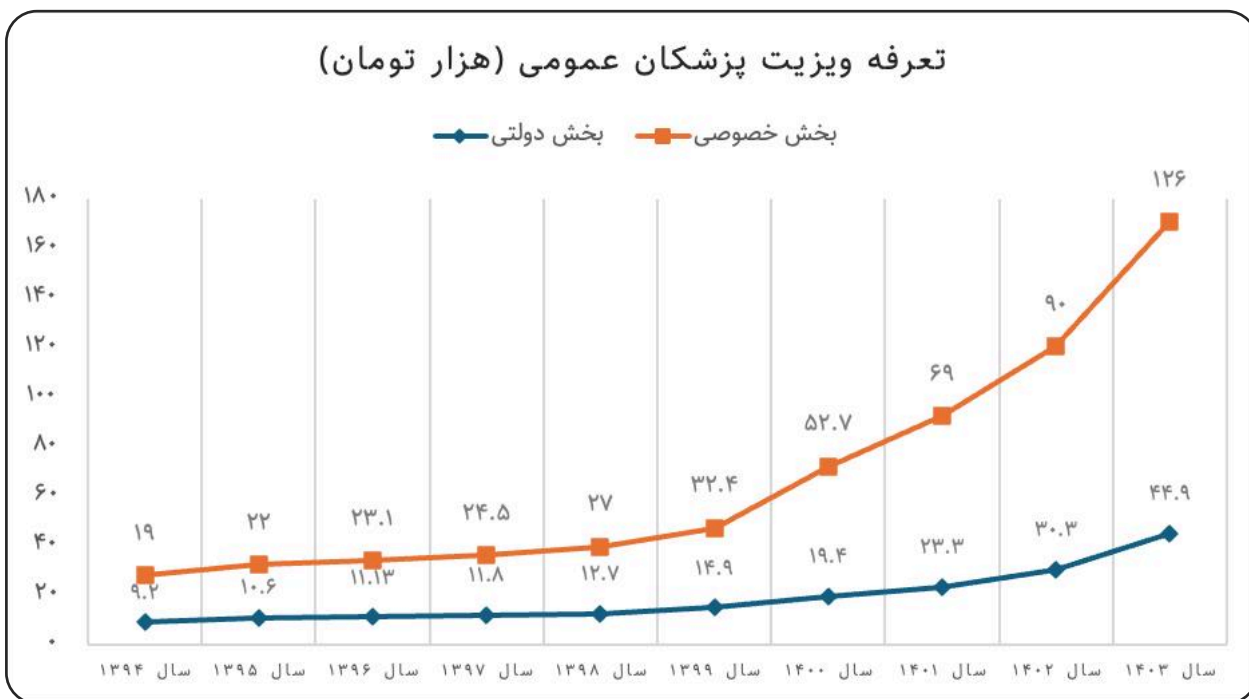
۶) واقعی شدن تعرفه‌های خدمات سلامت

تعرفه‌های پزشکی از دو بخش جزء فنی (مربوط به هزینه‌های تعمیر و نگهداشت تجهیزات، فضای فیزیکی، نیروی انسانی پشتیبان، هزینه استهلاک و سود سرمایه) و جزء حرفه‌ای (مربوط به تلاش و مهارت پزشک) تشکیل شده است. اختلاف زیاد تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی و همچنین عدم تعیین تعرفه بر اساس قیمت تمام‌شده، مشکلات عمده‌ای را برای نظام سلامت به وجود آورده است. از طرفی مراکز ارائه‌دهنده خدمات دولتی به دلیل تعرفه‌های پایین دچار مشکلات اساسی در تأمین مالی شده‌اند. به علاوه پزشکان تمایلی به حضور در بخش دولتی نداشته و به فعالیت‌های پرسود و غیرمؤثر نظیر اعمال زیبایی یا خدمات القایی مشغول می‌شوند. همچنین برخی از پزشکانی که شرایط حضور در بخش خصوصی را ندارند، به دلیل پایین بودن تعرفه و به تبع آن پایین بودن دریافتی، اقدام به مهاجرت می‌کنند. در بند ۹-۶ سیاست‌های کلی سلامت و بند «الف» ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور به واقعی کردن تعرفه‌ها اشاره شده است.

واقعی کردن تعرفه‌ها با توجه به نرخ تورم، سود سرمایه، هزینه استهلاک و با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف، می‌تواند اقدامی مؤثر در بهبود پرداختی‌ها به کادر سلامت و بهبود



شرایط نظام سلامت باشد. با این حال، این امر ملاحظات جدی دارد که عدم رعایت هر یک از آنها موجب تحمیل هزینه سنگین به دولت، بیمه‌های پایه و در صورت عدم توانایی پرداخت از سوی آنها، منجر به افزایش پرداخت از جیب مردم و بروز هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت خواهد شد.





پیشنهادات مرکز تحقیقات ثریا درخصوص چالش‌های حوزه

واقعی شدن تعرفه‌های خدمات سلامت

الف) با توجه به نقش راهنماهای بالینی در جلوگیری از تقاضای القایی و درمان‌های غیرضرور، پیشنهاد می‌گردد راهنمای بالینی برای اقدامات شایع و گران‌قیمت درمانی با مشارکت تمامی ذی‌نفعان تدوین و اجرا شده و نظارت دقیق بر اجرای آن صورت گیرد و به‌طور مداوم به تعداد راهنماهای بالینی اضافه شود. به منظور پیاده‌سازی راهنماهای بالینی پیشنهاد می‌گردد «پایگاه جامع قواعد سلامت» که در جزء ۲-۳ بند «الف» ماده ۶۹ قانون برنامه هفتم به آن اشاره شده است، راه‌اندازی شده و اقدامات مذکور فقط از طریق قواعد موجود در این پایگاه ارائه شوند و با استفاده از هوش مصنوعی بر اجرای آن نظارت شود.

ب) یکی دیگر از ابزارهای مؤثر در نظارت جامع بر نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور، تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و اتصال تمامی سامانه‌های مربوطه، من جمله سامانه نسخ الکترونیک سازمان‌های بیمه‌گر سلامت، پرونده الکترونیک سلامت (سپاس)، سامانه سیب معاونت بهداشت، سرویس استحقاق‌سنجی سازمان بیمه سلامت ایران، سامانه اصالت و رهگیری دارو و لوازم پزشکی سازمان غذا و دارو (TTAC)، سامانه مرجع شناسه‌گذاری (کدینگ) پایه سلامت الکترونیک، سامانه یکپارچه اطلاعات مراکز سلامت (سیام)، سامانه‌های اطلاعات بیمارستان (HIS)، سامانه استعلام امضای الکترونیک ارائه‌دهندگان خدمات سلامت سازمان نظام پزشکی و بانک قواعد الکترونیکی سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی و رسیدگی الکترونیکی اسناد پزشکی و تبادل اطلاعات ذیل درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت (دیتاس) با رعایت مفاد قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی مصوب ۱۰/۰۸/۱۴۰۱ مجلس شورای اسلامی و ذیل نظام تنظیم‌گری و کاروری سلامت الکترونیکی است. هم‌چنین به‌منظور افزایش نظارت و کاهش مداخله انسانی در ارزیابی پرونده‌ها، پیشنهاد می‌گردد با استفاده از



امکاناتی همچون هوش مصنوعی نسبت به رسیدگی به اسناد و تطابق آن با راهنماهای بالینی اقدام نمود. اولین اقدام جهت تکمیل پرونده الکترونیک سلامت، تعریف دقیق و مشخص نمودن اطلاعات مورد نیاز و فرآیندهای مربوط به پرونده الکترونیک سلامت است که بدین منظور می‌بایست «سند نقشه راه سلامت الکترونیک» که در جزء ۱ بند «الف» ماده ۶۹ قانون برنامه هفتم به آن اشاره شده است، تدوین گردد. یک‌پارچگی سامانه‌های مربوط کمک شایانی به افزایش شفافیت، نظارت و جلوگیری از هرگونه سوءاستفاده ارائه‌دهندگان خدمت از مبلغ واقعی شده تعرفه‌ها در بخش سرپایی و بستری خواهد نمود. لازم به ذکر است جهت تأمین هدف مذکور، اتصال سامانه‌های پرونده الکترونیک سلامت، سیب، نسخ الکترونیک و HIS در اولویت است. محتمل است که این امر در برخی موارد با مقاومت شرکت‌های پیمانکار پشتیبان سامانه مواجه شود که با ایجاد رقابت و تأمین زیرساخت‌ها در اثر راه‌اندازی نظام تنظیم‌گری و کاروری سلامت الکترونیکی قابل مدیریت است.

پ) با توجه به بند ۲-۷ سیاست‌های کلی سلامت و بند «ب» ماده ۷۰ قانون برنامه هفتم، مدیریت منابع سلامت باید از طریق بیمه‌ها صورت گرفته و منابع بودجه‌ای که ماهیت بیمه‌ای دارند، از وزارت بهداشت به سازمان‌های بیمه‌گر پایه انتقال یافته و خرید خدمت توسط این سازمان‌ها انجام شود. بدین منظور لازم است جهت بهبود مدیریت بین‌بخشی در این موضوع که دستگاه‌های متعددی را دربرمی‌گیرد، با اصلاح قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۰۳/۰۸/۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی، ریاست شورای عالی بیمه سلامت به رئیس‌جمهور منتقل گردد.

ت) پیشنهاد می‌گردد به منظور کاهش هزینه‌های سلامت و حرکت به سمت نظام پرداخت آینده‌نگر به جای نظام پرداخت گذشته‌نگر، تعرفه تعدادی از خدمات شایع در تمام بیمارستان‌ها از شیوه به‌ازای خدمت (Fee for service) به شیوه پرداخت مبتنی بر گروه‌های تشخیصی (drg) تغییر نماید تا علاوه بر مدیریت مالی بیمارستان



، احتمال بروز تقاضای القایی و درمان بیش‌ازحد نیز کاهش یابد. (ث) تغییر رفتار گیرندگان خدمت از طریق مشوق‌های مالی (ماندن کاهش فرانشیز مراجعان از مسیر برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع) و فرهنگ‌سازی توسط رسانه‌های جمعی و گروه‌های مرجع از جمله اقداماتی است که به صرفه‌جویی در هزینه‌های دولت و نیز عدم تحمیل هزینه‌های مالی غیرضروری به مردم منجر خواهد شد.

(ج) با توجه به مشکلات مالی موجود در سازمان‌های بیمه‌گر پایه و عدم افزایش تعهد دولت، بر اساس مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور و تایید هیئت وزیران، همواره جزء حرفه‌ای در بخش دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی با یک‌دیگر متفاوت بوده‌اند؛ درحالی‌که جزء حرفه‌ای صرفاً مربوط به اقدامات پزشک بوده و تابع هیچ شرط دیگری نیست و تفاوت تعرفه می‌بایست محدود به جزء فنی باشد. لازم به ذکر است در شرایط فعلی، جزء فنی در اینگونه خدمات، وفق درصد مشخصی از جزء حرفه‌ای پرداخت شده و رقم معینی ندارد. بدین ترتیب پیشنهاد می‌گردد جزء حرفه‌ای در تمامی مراکز و خدمات تفکیک و یکسان شود. هرچند از سال ۱۴۰۲ جزء حرفه‌ای خدمات بستری برای پزشکان تمام وقت جغرافیایی با پزشکان شاغل در بخش خصوصی یکسان شده که اقدام مثبتی ارزیابی می‌شود؛ با این حال این فرآیند باید به تمامی خدمات و تمامی پزشکان تسری یابد.



جمع‌بندی

در عین حال که نیاز و تقاضای جامعه به خدمات سلامت در حال افزایش است، منابع نظام سلامت محدود بوده و نمی‌تواند پاسخگوی تقاضای جامعه باشد. طی سال‌های گذشته تورم هزینه‌های سلامت بیشتر از تورم کل اقتصاد بوده و هزینه‌های سلامت اکنون یکی از بخش‌های بزرگ و وسیع کیک اقتصاد کشورهای توسعه‌یافته است. با توجه به گسترش نیز مردم به خدمات سلامت و همچنین پیشرفته‌شدن خدمات سلامت، این سهم در حال افزایش بوده و در عین حال منابع موجود جهت اختصاص به بخش سلامت محدود است. همچنین دسترسی بسیاری از مردم به خدمات سلامت ناعادلانه بوده و بسیاری از دولت‌ها قادر به ارائه چنین مراقبت‌هایی برای تمامی مردم خود نیستند.

در نظام سلامت کشور ما، مشکلات و چالش‌های عدیده‌ای نظیر افزایش هزینه‌های سلامت و ناپایداری منابع مالی، عدم اجرای نظام سطح‌بندی خدمات، عدم نظارت و پایش عملکرد ارائه‌کنندگان، عدم تعیین منطقی تعرفه و مهاجرت کادر درمان به خارج از کشور یا بخش خصوصی در نظام سلامت کشور وجود دارد که عمده این مسائل، به دلیل فقدان نظام جامع ارائه خدمت در کشور بوده و دولت چهاردهم باید روندی اصلاحی در جهت حل مسائل و چالش‌های نظام سلامت در پیش گیرد.

با توجه به چالش‌های ایجادشده در نظام سلامت پیشنهاد می‌گردد مجموعه‌ای از اصلاحات نظیر اجرای نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات، اجرای پرونده الکترونیک سلامت، استقرار رویکرد خرید راهبردی و منطقی‌سازی سرانه و تعرفه خدمات سلامت از طریق اجرای نظام پزشکی خانواده و سطح‌بندی خدمات پیاده گردد.

در حال حاضر منابع سازمان‌های بیمه‌گر پاسخگوی هزینه‌های سلامت نبوده و این امر باعث افزایش روزافزون پرداخت از جیب و شاخص هزینه‌های کمرشکن شده‌است. با استفاده از اصلاحات مذکور می‌توان تقاضا برای خدمات سلامت و به تبع آن هزینه‌های سلامت را کاهش داد. کاهش هزینه‌های مازاد سلامت، بسیاری از گره‌های مسائل نظام سلامت را باز نموده و می‌توان برخی از مسائل کلان نظام سلامت را حل نمود. با کاهش هزینه‌های سلامت، می‌توان بسته خدمات بیمه سلامت را گسترش داد و از میزان پرداخت از جیب مردم کم نمود. از طرفی با کنترل تقاضا و کاهش کل هزینه‌های سلامت، می‌توان سرانه و تعرفه خدمات سلامت را بر اساس هزینه تمام‌شده منطقی نمود.