اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران

دکتر کامل شادپور*

کارشناس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دریافت: ۸۵/۷/۲۹، پذیرش: ۸۵/۸/۲۳

Title: *Health sector reform in Islamic Republic of Iran*

Author: *Shadpour, K (MD, MPH).*

Abstract: *Health sector reform is an absolute necessity to make the health system more responsive to community needs. In Iran, activities on health sector reform have been carried out since about six years ago. This article uses expert opinion and the global experience to define the main principles and goals of health sector reform, compare the situation in Islamic Republic of Iran with that in other countries, show areas of strength and weakness and find the way ahead. So far, health sector reform in Iran has answered some critical questions, carried out many vital studies and published several effectual books and reports. More importantly, it has created a common language among policy-makers, legislative bodies, managers and experts. Yet, it hasn't found the chance to translate these ideas into action, never enjoyed full political commitment, and has relied entirely upon financial and technical support from WHO/EMRO plus a small part of the second World Bank loan. This article concludes with some recommendations to pave the way for the future: notably to continue with applied research projects using local resources and foreign assistance, especially by implementing newly developed models in multiple pilot areas.*

Keywords: *Health sector, reform, Iran.*

Hakim Research Journal 2006; 9(3): 1- 18.

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان شهید دکتر مفتح، کوچه عطارد، بن‌بست یکم، شماره ۴/۲. تلفن: ۶۶۷۲۸۱۲۱ نمابر: ۶۶۷۲۸۱۱۴
نشانی پست الکترونیک: k_shadpour@parsonline.net

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

چکیده

اصلاح نظام سلامت برای تداوم پاسخ‌گو بودن این نظام در برابر نیازهای جامعه، ضرورت تام دارد. در ایران، فعالیت‌های اصلاح نظام سلامت از حدود شش سال پیش به اجرا گذارده شده است. در این مقاله از گفته‌های صاحب‌نظران و تجربه‌های جهانی برای اشاره به اصول و هدف‌های اصلاح نظام سلامت استفاده شده و در هر مورد وضعیت اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران با آنها سنجیده شده است تا شناخت حوزه‌های قوت و ضعف و تعیین مسیر آینده آسان‌تر باشد. اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران با یافتن پاسخ برخی پرسش‌های اساسی درباره نظام سلامت، اجرای پاره‌ای تحقیق‌های مهم و چاپ و نشر برخی کتاب‌ها و نشریات مورد نیاز و مهم‌تر از همه با پدید آوردن زبانی مشترک در میان سیاست‌گذاران، قانون‌گذاران، مدیران و کارشناسان همراه بوده است. با وجود این، جریان اصلاح نظام سلامت در ایران فرصت آن نیافت تا اندیشه‌های حاصل از بررسی‌ها و مطالعات را در عمل و در استان‌های پایلوت بیازماید؛ هرگز از حمایت سیاسی لازم و کافی برخوردار نشد و از نظر منابع مالی به‌طور کامل عمده بر کمک‌های مالی و فنی سازمان جهانی بهداشت و سهمی کوچک از وام دوم بانک جهانی تکیه داشت. در پایان مقاله پیشنهاد شده است در آینده اصلاح نظام سلامت، پژوهشی کاربردی تلقی شود، منابع مالی داخلی یا کمک‌های خارجی در اختیار آن قرار گیرد و الگوهایی که طراحی شده است در عرصه‌های پایلوت به اجرا درآید.

گل‌واژگان: *نظام سلامت، اصلاح، ایران*

مقدمه

در سال‌های پیش ضرورت اصلاح آنچه وزارت بهداری برای تأمین سلامت مردم انجام می‌داد مطرح بود و هر چندگاه تغییراتی صورت می‌گرفت که از حد دستکاری مختصر نمودار سازمانی و افزودن و کاستن یک یا چند معاونت و مدیریت فراتر نمی‌رفت.مشخص‌ترین این تغییرات در سال ۱۳۵۵ با مشارکت سازمان مدیریت صنعتی صورت گرفت که به تشکیل سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان و پاره‌ای تغییرات در سطح ملی انجامید. سازمان‌های منطقه‌ای با برخورداری از قوانین مالی و معاملاتی خاص و با هیأت امنای متشکل از معاونان سازمان، توسط مدیرعامل اداره می‌شد و این در گذشته بی‌سابقه بود. وعده داده می‌شد که سازمان جدید وزارتخانه و بازوهای عملیاتی آن (سازمان‌های منطقه‌ای) با کارایی و اثربخشی خود در بهداشت و درمان کشور منشأ تحول خواهند بود.در سال‌های پس از انقلاب اسلامی، سه نفر از کارشناسان با انتشار مجموعه مفصل «نگرشی بر بهداشت درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی» (۱) نظمی نو را برای نظام سلامت کشور طراحی و پیشنهاد کردند که از آن به‌طور عمده تنها به راه‌اندازی شبکه‌های بهداشت و درمان کشور توجه شد و کارایی خود را نشان داد. طراحی شبکه‌های بهداشت درمان با بهره‌گیری از تجربه‌های پیشین جهان و ایران- به ویژه طرح معروف به رضاییه که با همکاری سازمان جهانی بهداشت، وزارت بهداری و انستیتو تحقیقات بهداشتی و دانشکده بهداشت دانشگاه تهران در مقیاس محدود در ارومیه آزمون شد و سپس بی‌هیچ محاسبه به کل کشور تعمیم یافت- و با منطقی صورت گرفت که با تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی (۲) که از آن پس منابع آن به‌تدریج انتشار یافت، سازگاری داشت.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی در نوع خود وسیله‌ای مؤثر برای اصلاح بخش بهداشت و تغییر در نگرش جهانی به مقوله سلامت بود: تغییر تأکید از نگرش درمانی به مراقبت‌های پیشگیر، از خدمات بیمارستانی به مراقبت در جامعه، از بهداشت فردی به بهداشت عمومی، از بهداشت شهری به سلامت روستا (۳) و از برنامه‌های عمودی و غالباً سیار به برنامه‌های ادغام یافته که توسط واحدهای مستقر ارایه می‌شود. مراقبت‌های اولیه بهداشتی در پی آن بود که سلامت را به عامل‌های تعیین کننده آن که غالباً بیرون از بخش سلامت قرار دارند پیوند دهد و بر وظیفه و مسؤولیت مردم در تأمین سلامت خود آنان تأکید ورزد. مراقبت‌های اولیه بهداشتی به صراحت این پیام را با مسؤولان نظام سلامت در میان می‌نهاد که باید خدمات را تا آنجا که میسر است به جایی که مردم در آن کار یا زندگی می‌کنند حرکت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

دهند (۲). مراقبت‌های اولیه بهداشتی بر همکاری در درون بخش سلامت و در میان بخش‌های مرتبط با آن، توزیع قدرت و عدم تمرکز تأکید می‌ورزید. از این رو پرداختن به مراقبت‌های اولیه بهداشتی را می‌توان از مصادیق اصلاح نظام سلامت دانست.

در کنار گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان و توفیق‌های آشکار آن در حوزه بهداشت عمومی، که همزمان با جنگ هشت ساله با عراق صورت می‌گرفت، وزارت بهداشت و بخش سلامت بی‌اعتنا به آنچه هماهنگی با شبکه‌ها و بسته سازمانی و مدیریتی ارایه شده در «نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی» ایجاب می‌کرد به سویی دیگر می‌رفت. در این فاصله رویدادهایی مانند خودگردانی بیمارستان‌ها و بیمه همگانی نیز به سبب فراهم نبودن سازوکارهای ضروری به موفقیت چندان دست نیافتند. برآیند همه این حرکت‌ها را می‌توان در گزارش مطالعه ساختار و عملکرد مدیریت نظام بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در سال ۱۳۷۸ فراهم آمده است، دید (۴). در این گزارش از جمله به تداخل وظایف، ناهماهنگی با دیگر بخش‌ها، کم‌رنگ بودن سیاست جلب مشارکت‌های مردمی، نامتعال بودن حجم وظایف در مدیریت‌های گوناگون (مدیریتی با ۲۶ وظیفه و مدیریتی دیگر با ۳ وظیفه) اشاره شده است. گزارش می‌افزاید بسیاری از کارها به سبب عدم تناسب وظایف با استعدادهای نیروی انسانی، در عمل تحقق نمی‌یابد. در این گزارش ۶۰ درصد فعالیت مدیریت‌ها در حوزه ستاد مرکزی، اجرایی و ۵۵ درصد مدیریت‌ها فاقد هرگونه نظام برنامه‌ریزی اعلام شده است.

اگرچه گزارش مطالعه ساختار به اجرای کامل ساختار پیشنهادی و به‌ویژه یافتن الگوی استانی آنچه برای سطح ملی پیشنهاد شده بود توفیق نیافت، ولی راه را برای احساس ضرورت اصلاح نظام سلامت و دست زدن به تحولی درخور باز کرد.

این نوشته، تحلیلی بر اصلاح نظام سلامت در کشور است. نویسنده خود از نزدیک شاهد این فعالیت‌ها بوده و با جریان اصلاح نظام سلامت همکاری داشته است.

۱- اصلاح نظام سلامت در نوشته‌ها: در این بخش، برداشت‌های کلی از نوشته‌های مربوط به اصلاح نظام سلامت طوری تنظیم شده است که در بخش بعد به مقایسه وضعیت و جایگاه کشور و یافتن آنچه در آینده باید در پی آن بود یاری دهد.

۱-۱- نیروی محرکه اصلاح نظام سلامت: مأموریت اصلی نظام بهداشتی، ارتقای سطح سلامت و پاسخ گفتن به نیازهای مردم و جامعه در حوزه سلامت و بیماری است. نیازها تحت تأثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی، پیوسته تغییر می‌کنند. نظام‌های سلامت، درگیر در چنبره مناسبات بوروکراتیک فرصت نمی‌یابند تا به‌موقع خود را با الزام‌های برخاسته از این تغییر تطبیق دهند. ناگزیر میان نیازهای واقعی و نو و آنچه نظام سلامت به‌طور سنتی مشغول آن است فاصله می‌افتد. اصلاح نظام سلامت، فرصتی برای شناخت نیازهای نو، پرکردن این خلاء و تزریق توان‌های لازم به نظام سلامت است تا از پس مأموریت اصلی خویش برآید. به این دلیل جست‌وجوی نظام سلامت «خوب» یا «بهتر» را باید کاری همیشگی دانست. حتی در کشورهایی که نظام جامع سلامت در آنها پیشینه‌ای یک‌صد ساله دارد طراحی نظام بهتر که بتواند تأمین مالی مؤثر، سازماندهی مناسب و ارایه خدمات برخوردار از کیفیت را تضمین کند، کاری مستمر است (۵).

مارک رابرتز و همکاران، چهار عامل را نیروی محرکه اصلاحات بخش سلامت می‌دانند: هزینه‌های فزاینده در مراقبت سلامت، انتظارهای رو به گسترش مردم، محدودیت منابع که در این روزگار تقریباً همه دولت‌ها با آن مواجهند و بدگمان بودن مردم به دولت‌ها به سبب حاکمیت ضعیف، روابط پرقدرت و بازدارنده بوروکراتیک و فساد و ناکارآمدی (۶).

در گزارشی از اصلاح نظام سلامت در بورکینا فاسو، نشانگان بیمار بودن نظام و نیاز آن به اصلاح را چنین برشمرده‌اند: تمرکز بیش از حد تصمیم‌گیری‌ها، ضعیف بودن کارایی تخصیصی[۱]، ضعف در کارایی فنی[۲]، بالا بودن سهم مالی بیماران در برخورداری از خدمات سلامت، نامرغوب بودن کیفیت خدمات و عملکرد بد کارکنان (۷).

یکی از نویسندگان، عامل‌های زیر را از فشارهای عمده برای وادار کردن دولت‌ها به اصلاح نظام سلامت می‌داند: نگرانی از افزایش هزینه‌های کلی تأمین سلامت؛ نگرانی از نرخ فزاینده هزینه‌های دولت برای ارایه خدمات بهداشت و درمان؛ نگرانی از کاهش دسترسی مردم به خدمات و نگرانی از کاهش اثربخشی یا هزینه– اثربخش بودن خدماتی که ارایه می‌شود (۸).

در کلمبیا جهش بی‌سابقه هزینه خدمات از ۴ درصد به ۱۰/۵ درصد در فاصله سال‌های ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۸ از محرکه‌های عمده

[۱] یعنی از منابع (دروندادهای) بخش سلامت به نوعی استفاده شود که هر برونداد (یا ترکیب بروندادها) بیشترین تأثیر را بر سلامت مردم و جامعه بر جای نهد. می‌توان طیفی از ترکیب خدمات را در نظر گرفت که در یک سر آن واکسن‌زدن (با بیشترین تأثیر بر سلامت) و در سر دیگر آن رینوپلاستی (با کمترین اثر) قرار دارد.

[۲] منظور، تولید کالا یا خدمت با کمترین هزینه است. این‌که با منابع ثابت بیشترین تولید صورت گیرد یا برای تولید هر واحد از کالا یا خدمت کمترین مقدار منابع مصرف شود.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

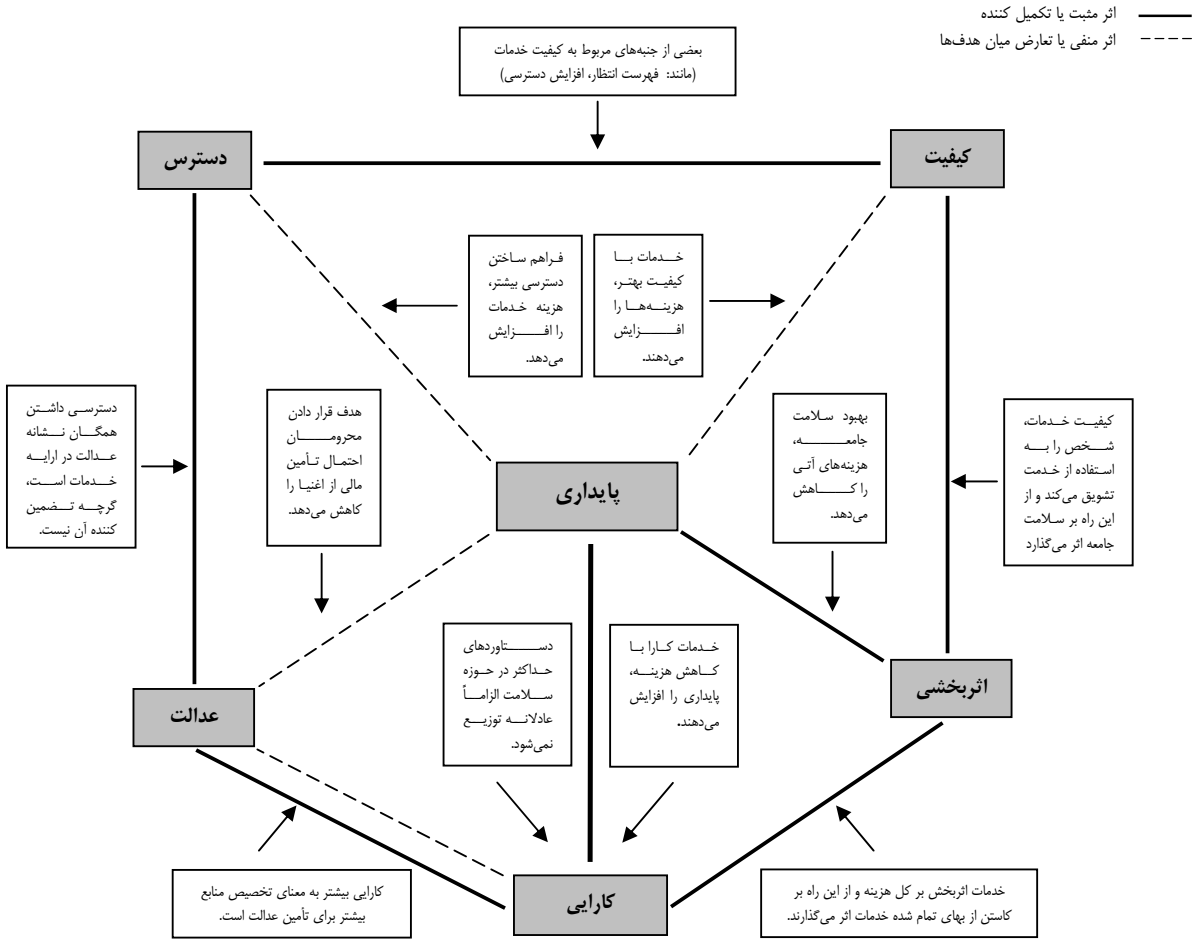
اصلاحات تلقی شده است. به‌ویژه آن‌که در همین مدت مشارکت مالی بالاترین پنجک درآمدی در هزینه‌های سلامت ۴۰ درصد کاهش و از سوی پایین‌ترین پنجک، ۴۵ درصد افزایش داشت (۹).

۱-۲- هدف و محتوا: اصلاحات، مقصدی جز این ندارد که با کاستن از ضعف‌ها و افزودن به کارایی و اثربخشی، نظام سلامت را در رسیدن به هدف‌های آن توانا سازد.

گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت هدف‌های نظام سلامت را ارتقای سطح سلامت مردم و جامعه، پاسخ گفتن به نیازهای غیرپزشکی مردم (مانند احترام گزاردن به مراجعه کننده، کاستن از طول مدت انتظار برای عمل‌های جراحی، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات بیماران) و توقع مشارکت مالی عادلانه از مردم برای برخورداری از خدمات سلامت می‌داند. نظام سلامت برای دست‌یافتن به این هدف‌ها می‌بایست چهار کارکرد عمده را به اجرا گذارد: تولیت (سیاست‌گذاری، وضع مقررات مناسب، نظارت، برقراری نظام اطلاعات سلامت)، تولید منابع (به‌ویژه انسانی)، تأمین مالی (شیوه‌های جمع‌آوری درآمد، نحوه انباشت و مدیریت منابع و استفاده از این منابع برای خرید خدمات سلامت) و ارایه خدمات (۱۰).

به این ترتیب اصلاح نظام سلامت می‌بایست کاری کند که کارکردهای یاد شده تحقق یابد و راه برای دست‌یافتن به هدف‌ها هموار شود.

هاتن برای نظام سلامت شش هدف عمده قایل است: تأمین دسترسی همگان به خدمات، ارایه خدمات برخوردار از کیفیت، اثربخشی مداخله‌ها، کارایی نظام، تأمین عدالت و پایداری. به نظر این نویسنده در طراحی پروژه اصلاح باید به اثر فزاینده یا به عکس کاهنده این شش هدف توجه داشت. به‌عنوان مثال چه بسا پرداختن به عدالت از کارایی یا پایداری بکاهد، یا گسترش دسترسی، پایداری را به مخاطره اندازد؛ یا ارتقای کیفیت بر اثربخشی و اثربخشی بر کارایی اثر فزاینده داشته باشد (۱۲).



نمودار ۱- ارتباط میان شش هدف عمده نظام سلامت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

پیتر برمن، مسؤول پروژه داده‌های تصمیم‌گیری[1] همراه با تـام باسرت در گزارش پیشرفت کار این پروژه، اصلاح نظام سـلامت را تغییرات پایدار، اساسی و هدفمند تعریف کرده‌اند (۱۳). با ایـن تعریف، محتوای پروژه اصلاح در هر نظام تغییرهایی است با سه شرط اعلام شده که به برطرف کـردن ضـعف‌هـا و افـزودن بـه کارایی‌های همان نظام منجر می‌شود.

به نظر پروفسور مارک رابرتز، از نظریه اهرم‌های کنترل[2]- کـه مبتکر آن ویلیام شیائو است- می‌توان بـرای تعیـین هـدف‌هـای اصلی اصلاحات استفاده کرد. اهرم‌های کنتـرل نظـام سـلامت، نشان‌دهنده جنبه‌های اساسی از ساختار و کارکرد نظـام سـلامت است و به‌عنوان بخشی از اصلاحات می‌توان آن‌هـا را تغییـر داد. این اهـرم‌هـا عبارتنـد از: تـأمین مـالی[3]، پرداخـت‌هـای مـالی[4]، سازماندهی[5]، وضع مقررات[6] و رفتـار[7] ارایـه‌کننـدگان خـدمات و استفاده‌کنندگان از آن (۱۴).

پیتر برمن و تام باسرت محتـوای اصـلاح نظـام سـلامت را در کشورهای گوناگون، بر پایه اهرم‌های کنترل به دو دسـته عمـده تقسیم کـرده‌انـد: اصـلاحات وسـیع[8] و اصـلاحات محـدود[9]. در اصلاحات محدود تنها یکی از اهرم‌های کنترل هدف تغییر قـرار می‌گیرد. در اصلاحات وسیع به‌عنوان هـدف، تغییـر دادن دو یـا چند اهرم کنترل برگزیـده مـی‌شـود. بـرمن و باسـرت در جـای دیگری از گزارش خود اصلاحات محدود را کوشش‌هایی دانسته اند که فقط بخشی محدود از نظام سلامت (ماننـد بیمارسـتان یـا مرکز بهداشتی درمانی) یـا قـسمتی از جمعیـت (ماننـد جمعیـت روستایی، شهری، کارگران) یا نوعی معین از خدمات (مانند ایمن سازی یا تنظیم خانواده) را دربرمی‌گیرند (۱۳). اصلاحات محدود، کم‌هزینه و آسان، ولی اصلاحات وسیع، دشوار و پرهزینه اسـت. در کشورهای توسعه‌یابنده که نظـام سـلامت بـا نارسـایی‌هـای فراوان رو به‌روست تصور برنامه‌ریزی بـرای تغییـرات جزیـی (در حد یکی از مراکـز بهداشـتی درمـانی، یـک روسـتا یـا یکـی از خدمات) که حتی در بهترین شرایط، تأثیر آن بر کل نظام نـاچیز خواهد بود پذیرفتنی نیست. مگر آنکه اجرای سلسله‌ای پرشمار از تغییرهای کوچک، یکی به دنبال دیگری، در طول برنامه‌ای چند ده ساله تعهد شده باشد که باز در محیط‌هـای اجتمـاعی چنـین کشورهایی غیرممکن به‌نظر می‌رسد. در عین حال دست‌زدن بـه اصلاحات وسیع کاری شجاعانه و پرخطر است کـه مـی‌بایـست برخورداری از عزم ملی، حمایت سیاسی و پشتیبانی پایـدار مـالی پشتوانه آن باشد.

هدف اصلاح نظام سلامت، چه وسیع و چـه محـدود، تنهـا در چارچوب اهرم‌های کنترل محدود نمـی‌مانـد. جریـان اصـلاحات برای درک چالش‌ها و موانعی که اهرم‌های کنترل با آن مواجهند باید در کنار انتخاب هدف به سه عامل زمینه‌ای مهم نیـز توجـه کنند. این سه عبارتند از: نگرش سیاسی و اجتماعی مردم، تلقـی مردم از حکومت و ظرفیت دولـت و داوری مـردم دربـاره نظـام مراقبت و ارایه‌کنندگان این گونه خدمات (۱۵).

۱-۳- پیش‌نیازها:

۱-۳-۱- اصلاح بخش سلامت دشوار و نیازمند زمان است. از این رو می‌بایست بر پایه عزم ملی همه مؤسسات و افراد که بـه عنوان مجموعه «دولت» شناخته می‌شـوند بـه نحـوی فعـال در طراحی و اجرای تغییرات، مشارکت ورزنـد و در برابـر آن متعهـد شوند (۱۶) به‌طوری که تأمین و ارتقای سلامت جامعه که نقطـه عطف نظام سلامت است به دغدغه و تعهد «دولت» تبدیل شود (۱۷).

۱-۳-۲- یکی از پیش‌نیازهای مهـم اصـلاح نظـام سـلامت تعیین دیدگاهی است که از نظر فلسفه اجتماعی یا اخلاق بـرای اصلاحات برگزیده شده است. بـدون آن‌کـه قـصد پـرداختن بـه جزییـات در میـان باشـد بـا برداشـت آزاد از کتـاب گرانقـدر «اصلاحات نظام سلامت، راهنمای عدالت و کارایی» (۱۸) تنهـا در حدی به موضوع اشاره می‌شود که به بازشناسی تفـاوت‌هـا و شناخت اهمیت تصمیم‌گیری در این باره کمک کند.

از نظر ارزشی به طور کلی سه دیدگاه عمـده در اصـلاح نظـام سلامت مطرح است: سودگرایی[10]، لیبرالیسم و جامعه‌گرایی[11].

سودگرایی: برپایه این نظریه بایـد سیاسـت یـا مداخلـه‌ای را برگزید که بیش از دیگر گزینه‌ها کل تندرستی همه افراد را ارتقا بخشد و به حداکثر برساند. بسته به این که در عمل، سلامت چه کسانی و تا چه حد مهم شمرده شـود از ایـن نظریـه دو دیـدگاه فرعی حاصل می‌شود.

سودگرایی ذهنی[12]: برابر بعضی از مشرب‌های فلسفی، چیزی مطلوب است که آدمی را شاد کند. تعبیر امروزین از ایـن نظریـه

[1] Data for decision
[2] Control knobs
[3] Finance
[4] Payment
[5] Organization
[6] Regulation
[7] Behaviour
[8] Big R
[9] Small R

[10] Utilitarianism
[11] Communitarianism
[12] Subjective utilitarianism

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

فلسفی، سودگرایی است. درستی هر عمل با برآیند لـذتی تعیـین می‌شود که از کنار هم گذاردن رنج‌ها و لذت‌ها به‌دست مـی‌آیـد. اقتصاددانان این تعبیر فلسفی ر ا با تحلیل هزینه– فایـده تفـسیر می‌کنند. اگر خدمتی یا کالایی برای کسی حـظ و فایـده داشـته باشد شخص این برداشت خود را با آمادگی پرداخـت[1] بهـای آن خدمت یا کالا نشان می‌دهد. معتقدان به این دیـدگاه، فرضـشان بر این است که در شرایط بازار هر مصرف‌کننـده فقـط کـالا یـا خدمتی را می‌خرد که هزینه آن کمتر و منفعت آن بیشتر باشد.

در بازار سلامت همواره چنین نیست. زیرا توان قضاوت خریـدار خدمات سلامت درباره روش‌ها و مداخله‌های گونـاگون انـدک و ظرفیت فروشندگان برای محدود ساختن رقابت و تصمیم‌گـرفتن به‌جای خریدار بسیار زیاد است. اقتصاددانان از ایـن واقعیـت بـه عنوان نقص یا نارسایی بازار[2] نام می‌برند. شخص فقیر بی‌آن که خود خواسته باشد بیمار می‌شود، اما ناتوانی او به پرداخـت بهـای خدمت را نمی‌توان بر عدم آمادگی او به پرداخت تعبیر کرد.

سودگرایی عینی[3]: برای این دسته از متفکران، پیامد یا نتیجه کار مهم است. سودگرایی عینی در عرصه سلامت شاید از زمانی آغاز شد که فلورانس نایتینگل ثابت کرد مراقبت از زخمـی‌هـای ارتش انگلستان کمتر از آن هزینه دارد که ارتش اجازه دهد آنهـا بمیرند و به جای آنان نیروهای جدید بگیرد. سـودگرایان عینـی، در گذشته برای سنجش سلامت از شاخص‌هـایی چـون میـزان مرگ‌ومیر و در سال‌های اخیر از سـنجه‌هـایی چـون DALY و QALY استفاده می‌کنند. بر پایه این رویکرد باید سیاسـت‌هـا و مداخله‌هایی را انتخاب کرد که سلامت بیـشتری را بـرای مـردم فراهم آورند. تعبیر دیگر از ایـن دیـدگاه را مـی‌تـوان در تحلیـل هزینه– اثربخشی یافت.

در مجموع، دیدگاه سودگرایانه– که پرطرفدارترین نظریه است – ایجاد بیشترین دستاوردها را بدون توجه به عادلانه بودن آنهـا ملاک داوری درباره مطلوبیت قرار مـی‌دهـد. بـه همـین دلیـل، سیاست‌گذاران سودگرا ممکن است نسبت به بیمارانی که حفـظ جان آنان گران تمام می‌شود بی‌اعتنا بمانند یا عده‌ای محـدود را به خاطر عده‌ای کثیر قربانی کنند.

لیبرالیسم: از نظر لیبرال‌ها مفهـوم بنیـادی، حـق یـا حقـوق[4] است. هر انسان به اعتبار وجود خویش حق دارد مطالبه‌گر پاره‌ای مزایا باشد. در میان طرفداران این نظریه نیز دو تیـره اصـلی بـه چشم می‌خورد.

لیبرال‌های آزادی‌خواه[5] با هر سیاست یا مداخله که متعـرض حقوق فردی باشد مخالفنـد و دامنـه ایـن مخالفـت را حتـی بـه محدود کردن استفاده از بعضی داروها یا اعطای برخـی مجوزهـا به پزشکان یا ممنوعیت سقط جنین نیز می‌کشانند.

لیبرال‌های مساوات‌طلب[6] معتقدند حق انتخاب بدون فـراهم بودن شرایط معنا ندارد. آدم گرسنه بی‌خانمـان بـی‌سـواد دربـاره بیماری خود چه انتخابی دارد؟ این تیره بـه بـازتوزیـع[7] منـابع در جامعه اعتقاد دارند. یعنی باید از آن که دارد گرفت و بـه آن کـه ندارد داد تا سطح حداقلی برای همه فراهم باشد. این تیـره خـود شعبه‌های متعدد دارد.

مخالفان این نحله مـی‌گوینـد اگـر مـردم حـق برخـورداری از حداقل‌ها را داشته باشند *تکلیف* آنان در برابر جامعه چه می‌شود؟ آیا فردی حق دارد سیگار بکشد، پرخوری کند، ورزش نکند و بـا رفتارهای خود هزینه‌هایی را بر جامعه تحمیل کند و همچنان بر حقوق خویش پای بفشارد؟ گروهی معتقدند اگر جامعه خدمات را فراهم سازد ولی کاری به اسـتفاده مـردم از آنهـا نداشـته باشـد، وضعیت سلامت نتیجه انتخاب‌های فردی خواهد بـود نـه تبلـور حقی ذاتی. این دیدگاه با استدلال‌های آمارتیا سن همخوانی دارد که مـی‌گویـد جامعـه بایـد متعهـد ایجـاد فرصـت‌هـا در میـان شهروندانی باشد که قدرت انتخاب دارند نه مسؤول انتخابی کـه مردم می‌کنند.

آزادی‌خواهان جز در مواردی که به دفاع ملی یا پلـیس مربـوط می‌شود با گرفتن مالیات مخالفنـد. لیبـرال‌هـای مـساوات‌طلـب مالیات را مشروع می‌دانند و آن را وسیله‌ای برای بازتوزیع منـابع تلقی می‌کنند. طرفداران ایـن تیـره نظـری، تـأمین مـالی نظـام سلامت از راه مالیات را بسیار عادلانه‌تـر از تـأمین مـالی توسـط پرداخت حق بیمه می‌دانند.

جامعه‌گرایی: طرفداران این نظریه بر این باورند که خـصایص هر جامعه به خصوصیات افراد آن جامعه بستگی دارد. دولت بایـد کاری کند که افراد خصایص خوب داشته باشـند و خـود نیـز بـه ایجاد جامعه‌ای خوب یاری دهد. در این نظریه نیز طیف وسـیعی از تیره‌ها و شـعبه‌هـای گونـاگون از ادیـان و مبلغـان مـذهبی و فعالان محیط زیست تا انقلابیون مختلـف قـرار مـی‌گیرنـد کـه جملگی داعیه ساختن مردم و جامعه‌ای خوب دارند. گروهی دیگر از طرفداران این نظریه فرهنگ‌هـا و هنجارهـای هـر جامعـه را اصل قرار می‌دهند و احترام گزاردن به آنهـا را واجـب مـی‌داننـد

[1] Willingness to pay
[2] Market failure
[3] Objective utilitarianism
[4] Rights
[5] Libertarians
[6] Egalitarian liberals
[7] Redistribution

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

(حتی اگر به‌عنوان مثال، فرهنگ و سنت از ضرورت ختنه زنان دفاع کند).

این نظریه نیز در عمل با چالش‌های بسیار روبه‌رو است. به عنوان مثال، اقلیتی مذهبی در میان جامعه‌ای که در آن اکثریت با مذهبی دیگر است باید از چه حقوقی برخوردار باشد؟ اگر همجنس‌بازی بخواهد کودکی را به فرزندی بپذیرد حکم چیست؟ زنان سوئیس تا ۲۰ سال پیش حق رأی نداشتند و جامعه از این محدودیت دفاع می‌کرد. در این‌گونه موارد تصمیم گیرنده کیست؟

برخورد این سه نظریه با پدیده‌ای مثل سیگار کشیدن جالب است: چون سیگار کشیدن سبب شادی و لذت شخص می‌شود در نگاه سودگرای ذهنی، مجاز است؛ از نظر فردی لیبرال شخص سیگاری *حق دارد* سیگار بکشد، جامعه‌گرا با آن مخالف است چرا که خلاف شهروند خوب بودن است و تبعیت از زندگی سالم به حساب نمی‌آید.

مهم آن است که پیش از دست زدن به اصلاح نظام سلامت موضع ارزشی مجریان معلوم باشد. تصمیم مجریان اصلاحات ممکن است هیچ یک از سه نظریه بالا نباشد، شکل تغییر یافته هر یک از آنها انتخاب شود، یا به ترکیبی از دو یا سه نظریه اتکا کنند.

۱-۳-۳- پیش‌نیاز دیگر، تعیین رویکرد سازمانی به اصلاح نظام سلامت است. باید شیوه طراحی و اداره کردن سازمان به‌درستی مشخص شود و از میان بوروکراسی‌های سنتی (که در آن بر شرح مشاغل، زنجیره سلسله مراتبی دستورات و مسؤولیت‌پذیری تأکید می‌شود)، مدیریت نوین دولتی یا بازار برنامه‌ریزی شده (که تأکید را بر پایش عملکرد تک تک کارکنان قرار می‌دهد)، الگوی سازمان ژاپنی (که در آن احساس هویت در تعلق به سازمان شکل می‌گیرد)، یا تأکید بر تخصص و ارزش‌های حرفه‌ای یکی به‌عنوان طرز فکر غالب مدیریت انتخاب یا ترکیبی مطلوب از آنها به‌عنوان شیوه اداره کردن سازمان اعلام شود (۱۹).

۱-۳-٤- یکی از پیش‌نیازهای مهم اصلاحات، فراهم آوردن داده‌هایی است که در زمان حال، ضرورت دست زدن به اصلاح، تصمیم گرفتن درباره هدف‌ها و ابعاد برنامه و در آینده، داوری درباره دستاوردهای آن را میسر می‌کند. از آن جمله است بررسی‌های جمعیتی و اپیدمیولوژیک، مطالعه در ساختار و عملکردهای نظام، تعیین و تحلیل ذی‌نفعان و ارزیابی عوامل سیاسی مؤثر بر جریان اصلاحات (۲۰).

مراقبت‌های اولیه بهداشتی، نه تنها پیش‌نیاز بلکه یکی از عامل‌های زمینه‌ساز موفقیت در اصلاح نظام سلامت است. پروژه‌های اصلاح نظام سلامت در کشورهایی که در آنها تکیه اصلی نظام بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی بوده است موفق‌تر از کشورهایی عمل کرده‌اند که بار عمده ارایه خدمات را متخصصان حرفه پزشکی و کلینیک‌ها و پلی‌کلینیک‌ها برعهده داشته‌اند (۲۴-۲۱).

۲- چند پند

در میان نوشته‌های نظریه‌پردازان یا نتایج اعلام شده از نمونه‌های اصلاح سلامت در کشورهای مختلف نکته‌هایی وجود دارد که ممکن است دیگر کشورها را در طراحی پروژه اصلاح سلامت به کار آید و از تکرار زیان‌ها جلوگیری کند.

۲-۱- پذیرفتن برخی واقعیت‌ها: اول، اصلاح نظام سلامت نیازمند پی‌گیری، حمایت سیاسی و بردباری است و تنها خواستن کافی نیست. ترک‌ها در آغاز سال ۱۹۹۰ اصلاحات را در دستور کار خویش قرار دادند. در ۱۹۹۲ طرح جامع اصلاحات را آماده کردند. اما ده سال بعد هیچ کدام از کارهایی که می‌بایست، انجام نشده بود و همه آن معایب که هدف اصلاح اعلام می‌شد به قوت خود باقی بودند (۲۵). دوم، اصلاحات فرایندی پیچیده و دشوار است. سازمان‌ها و گروه‌های ذی‌نفع غالباً دلایل و منابع کافی برای مخالفت جدی و شدید با تغییرهایی را که اصلاحات پدید می‌آورد، دارند (۲۶). ساده‌انگاری در این باره شکست اصلاحات را قطعی می‌کند. سوم، گرچه تأمین عدالت و ارتقای سلامت هر دو از هدف‌های نظام سلامت‌اند اما برقراری عدالت بسیار پرهزینه‌تر و پرتنش‌تر از صرف ارتقای سطح سلامت است (۲۷). سرانجام، چنین نیست که اصلاح نظام سلامت خود به خود به بهتر شدن وضعیت سلامت یا بهبود کیفیت خدمات بینجامد. کم‌توجهی به جنبه‌های حساس سیاست‌گذاری یا اجرا سبب شده است که در مواردی اصلاحات، وضعیت مردم به‌ویژه زنان را از نظر عدالت و دسترسی به خدمات خراب‌تر کند (۲۸). در شیلی، همه هنر نظام سلامت در پدید آوردن دو نوع بیمه سلامت خلاصه شد: بیمه دولتی برای افراد در خطر بیشتر و کم‌درآمد و بیمه خصوصی برای پوشش افرادی که خطر چندان متوجه سلامت آنان نیست و پُر درآمدند (۲۹).

۲-۲- خودداری از کارهای کلیشه‌ای: در همه نظام‌ها تأمین رضایت مشتری از ضرورت‌هاست اما ممکن است در جوامع توسعه‌یابنده این هدف از اولویت‌های طراز اول نباشد زیرا

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

در بسیاری از موارد اعلام رضایت ممکن است در محیطی از ناآگاهی و نداشتن انتخاب صورت گیرد (۳۰). رقابت ممکن است در کشورهای توسعه‌یافته امری مهم باشد ولی در جوامع توسعه‌یابنده، خدمات بهداشت عمومی را نباید به رقابت ارایه‌کنندگان خدمات واگذاشت که ممکن است بسیار زیان‌بار و خطرناک باشد (۳۱). تمرکززدایی، مثال‌های موفق چون کوبا دارد (۳۲) اما نمونه‌های ناموفق آن نیز کم نیست. در مواردی تمرکززدایی امکان اثرگذاری سیاسیون محلی را بیشتر کرده و کفه منابع را به سوی کاستن از خدمات پیشگیر و اولویت دادن به درمان سنگین‌تر کرده است و در شرایطی بودجه‌های بهداشتی را به دلخواه مسؤولان محلی صرف توسعه عرض و طول دستگاه‌های اداری کرده است (۳۳).

یکی دیگر از کارهای کلیشه‌ای، دریافت بخشی از هزینه خدمات از مراجعان است که به آسانی ممکن است به ضد خود تبدیل شود. در مواردی جمع‌آوری این‌گونه وجوه از بیماران به اندازه ۹۰ درصد کل دریافتی‌ها هزینه داشته است. در جوامع توسعه‌یابنده تورم و هزینه‌های بانکی به‌سرعت قدرت پول را کاهش می‌دهد، بی‌تصمیمی درباره چگونه خرج کردن این پول‌ها وضعیت را خراب‌تر می‌کند و بخشی از درآمدها نیز در پی اختلاس و فساد از دست می‌رود. دریافت هزینه خدمات از مراجعان مستلزم آموزش درست کارکنان است (۳۴ و ۳۵). در پرو و هوندوراس، دریافت بخشی از هزینه خدمات از مراجعان به نحوی انکارناپذیر بر دست یافتن مردم به خدمات اثر منفی گذارد. در شرایطی که آنچه از این راه به دست می‌آمد در خور اعتنا نبود و هزینه کردن آن نیز کارایی نداشت (۳۶).

۲-۳- نیروی انسانی: علت اصلی شکست بسیاری از طرح‌های توسعه، کم‌توجهی به توانایی‌های انسانی و سازمانی در کشورهای توسعه‌یابنده ارزیابی شده است (۳۷). در بورکینا فاسو اصلاح نظام سلامت در سال ۱۹۹۱ آغاز شد ولی دستاورد عمده نیافت. ده سال بعد بار دیگر «مدیریت انعطاف‌پذیر و عملکرد بهتر کارکنان» هدف اصلاحات قرار گرفت. اما به سبب تمرکز مفرط نظام تصمیم‌گیری، با بی‌انگیزه بودن کارکنان و در غیاب استانداردهای خدمت با مقاومت شدید روبه‌رو شد و راه به جایی نبرد. سرانجام با نقد کارهای گذشته نتیجه گرفته‌اند که پرداختن به نیروی انسانی می‌بایست در کانون توجه قرار گیرد و مهم‌ترین اولویت آن تلقی شود (۷). به همین دلیل گروهی پرداختن به موضوع نیروی انسانی را نخستین و مهم‌ترین اولویت برنامه‌های اصلاح نظام سلامت می‌دانند (۳۸). در مکزیک، اصلاح نظام سلامت بر امکان نگهداری کارکنان در خدمات بهداشت و درمان و نیز توان نوسازی تجهیزات اثر منفی گذارد و به خراب‌تر شدن شرایط محیط کار و کیفیت مراقبت‌ها منجر شد (۳۹).

در جریان اصلاحات تأمین دسترسی کارکنان به توسعه مداوم حرفه‌ای و افزایش توان و مهارت آنان در عقد قرارداد و دیگر شیوه‌های نوین مدیریت ضرورت تام دارد (۴۰).

اصلاح نظام سلامت به اندازه ضرورت، پیچیدگی و دشواری دارد. هدف تلاش‌های اصلاح‌گرایانه چیزی جز تأمین عدالت نیست. اما نادیده گرفتن پیچیدگی‌های سیاسی، فنی و تحلیلی اصلاحات در مواردی اگر اصلاحات را به ضد خود تبدیل نکرده باشد دست کم ناکام گذارده است. تا آنجا که جمعی از صاحب‌نظران می‌گویند اکنون با گذشت بیش از یک دهه اجرای گسترده پروژه‌های اصلاح نظام سلامت این پرسش بیش از هر زمان مطرح است که آیا ما دهه گذشته را در طلب عدالت از دست نداده‌ایم؟ از همین روست که امروز سخن از مدل دیگری از اصلاحات می‌رود که می‌بایست پیش و بیش از هر چیز عدالت را مقصد خود قرار دهد (۴۱ و ۴۲). می‌توان به عزم اصلاح نظام سلامت (اگر چنین اراده‌ای شکل گیرد) از گنجینه تجربه‌های جهانی بهره گرفت و زیان‌ها و خسارت‌های ناگزیر اصلاحات را به کمترین رساند.

۳- تجربه اصلاح نظام سلامت در کشور

۳-۱- نیروهای محرکه اصلاحات: نیروهای محرکه اصلاحات را باید در دستاوردها و چالش‌های نظام سلامت جستجو کرد. نظام سلامت ایران در سال‌های پس از انقلاب اسلامی دستاوردهای فراوان داشته است: در تربیت نیروی انسانی و گسترش پژوهش، راه اندازی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، برقراری نظام ژنریک دارو، افزودن به تعداد تخت‌های بیمارستانی، احداث مراکز تخصصی و فوق‌تخصصی، تجهیز بخش‌های حیاتی و ایجاد مراکز جدید جراحی قلب و عروق، چشم و پیوند اعضا، راه‌اندازی مراکز متعدد سی تی‌اسکن، MRI، سنگ‌شکن و تجهیز مراکز آموزشی به بخش‌های آندوسکوپی، آنژیوگرافی، سونوگرافی و لاپاراسکوپی و توفیق در ساخت تجهیزات پزشکی در داخل کشور (۴۳). در این سال‌ها موفقیت کشور در گسترش پوشش خدمات ایمن‌سازی (۴۴) مبارزه با بیماری‌های واگیردار، کاستن از زادوولد و مرگ و مهار افزایش جمعیت (۴۵) و مبارزه با بیماری‌های غیرواگیردار (۴۶) زبانزد

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

بوده است. در مقابل، نظام سلامت کمبودها و نارسایی داشته که هر یک ممکن بود نیروی محرکه اصلاح نظام سلامت قرار گیرد:

نداشتن نهادی توانا برای سیاست‌گذاری که سبب می‌شود تصمیم‌های کلان در بیرون از بخش، و چه بسا بدون شواهد کافی گرفته شود؛ محروم بودن بخش از ظرفیت تفکر و تحلیل و ناتوانی آن در جذب و نگهداری ذهن‌های تحلیل‌گر؛ تصدی امور اجرایی توسط واحدهای ستادی؛ دور ماندن از شیوه‌ها و اصول نوین مدیریت و استفاده از روش‌های سنتی و کهنه در گردش امور؛ ضعف استانداردهای کار و جدی نبودن جریان پایش و بازخورد؛ کارا نبودن نظام اطلاعات سلامت و مدیریت و استفاده نکردن از آن چه هست در برنامه‌ریزی و برای گرفتن تصمیم‌های مدیریتی؛ حجم آزار دهنده و ناکارای قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها، دستورعمل‌ها، اصلاحیه‌ها و متمم‌ها در بخش سلامت؛ و جز در موارد خاص، بی‌نصیب ماندن از همکاری بخش‌های مرتبط و بخش خصوصی.

تأمین مالی: منابع جهانی، سرانه درآمد ناخالص ملی کشور را برحسب برابری قدرت خرید ۶۶۹۰ دلار و سهم سلامت از محصول ناخالص داخلی را، ۵/۵ درصد اعلام می‌دارند (۴۷). برای تأمین مالی چهار منشأ عمده متصور است: بخش دولتی، بخش خصوصی، کمک‌های خارجی و هدیه‌ها. در ایران سهم کمک‌های خارجی و هدیه‌ها ناچیز است. در سال ۱۳۸۰ از کل منابع نظام سلامت ۳۸/۶ درصد آن از محل منابع عمومی (مانند دولت، شهرداری‌ها، شرکت‌ها و مؤسسه‌های دولتی) و ۶۰/۶ درصد آن از بخش خصوصی و تأمین اجتماعی، خانواده‌ها، سازمان‌های غیرانتفاعی و دیگر منابع خصوصی تأمین شده است. در فاصله سال‌های ۱۳۵۱ تا ۱۳۷۷ سهم بخش عمومی از ۶۴ به ۵۲ درصد و در سال ۱۳۸۰ به ۳۸/۶ درصد رسیده و سهم بخش خصوصی در تأمین مالی سلامت در فاصله همان سال‌ها از ۳۶ به ۴۸ درصد و در سال ۱۳۸۰ به ۶۰/۶ درصد افزایش یافته است. این رقم‌ها را می‌توان با درآمدهای نفت و مالیات مقایسه کرد. در سال ۱۳۵۱ درآمد کشور از نفت ۳۰/۳٪ و از محل مالیات‌ها ۵۸/۴٪ درآمدهای عمومی را تشکیل می‌داد. در سال ۱۳۷۷ این دو با کاهش محسوس، به‌ترتیب ۲۹٪ و ۴۳٪ اعلام شده است (۴۸). جمع‌آوری درآمدها در بخش سلامت بسیار پیچیده و شاخه شاخه است: سازمان تأمین اجتماعی بیش از ۲۷ میلیون کارگر و وابستگان آنها را در پوشش خود دارد. معادل ۳۰ درصد درآمد هر کارگر به صندوق تأمین اجتماعی وارد می‌شود (۷ درصد توسط خود کارگر، ۲۱ درصد توسط کارفرما و ۲ درصد توسط دولت). ۶/۸ میلیون نفر کارکنان دولت و وابستگان آنها در پوشش سازمان بیمه خدمات‌درمانی قرار دارند و ماهانه مبلغی ثابت برای عضویت در این سازمان می‌پردازند. حق بیمه جمعیت روستایی که معادل ۴۰ درصد حق بیمه کارمندان دولت است تماماً توسط دولت پرداخت می‌شود. خویش فرمایان در پوشش این سازمان می‌بایست همه حق بیمه خود را خود پرداخت کنند. نیروهای مسلح و خانواده‌های آنان در پوشش بیمه نیروهای مسلح قرار دارند و حق بیمه‌ای معادل کارمندان دولت می‌پردازند. برای دیگر گروه‌های اجتماعی مانند دانشجویان و طلاب ۸۰ درصد حق بیمه توسط دولت به صندوق سازمان بیمه خدمات درمانی ریخته می‌شود. کارکنان وزارت نفت، بانک‌ها و شهرداری‌های سراسر کشور صندوقی جداگانه برای بیمه سلامت دارند. مردم فقیر کشور در پوشش کمیته امداد امام‌خمینی قرار دارند و آن‌چه دولت بابت حق بیمه این افراد پرداخت می‌کند به صندوق این کمیته ریخته می‌شود.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی که از طریق شبکه‌های بهداشت و درمان (خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی، پایگاه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری) ارایه می‌شود به‌طور کامل توسط دولت تأمین مالی می‌شود.

به گفته یکی از آگاهان کشور منابع درآمدی برای تأمین مالی سلامت بسیار پیچیده و ناشفاف است؛ در این نظام انباشت خطر، اندک و فشار بر مصرف‌کننده بسیار است؛ هزینه اثربخشی مداخله‌ها در بسته خدمات، پشتوانه تحلیلی ندارد؛ تعدد صندوق‌های بیمه کارایی خدمات را به حداقل می‌رساند؛ و آمیختگی (جدا نبودن) سازمان‌های تأمین‌کننده مالی و ارایه‌کننده خدمات نیز از دشواری‌های عمده این نظام است (۴۹).

تنوع روش‌های جمع‌آوری و تعدد صندوق‌های انباشت منابع مالی را می‌توان از مهم‌ترین نیروهای محرکه اصلاح نظام سلامت در کشور دانست.

پوشش بیمه‌ها: سازمان‌های بیمه‌گر و کمیته امداد امام خمینی، حدود ۹۰ درصد از جمعیت را در پوشش خود دارند. حال آن‌که تعهد آنان در تأمین منابع مالی سلامت حدود ۲۰ درصد است چنین وضعیتی نظام سلامت را با دشواری‌هایی روبه‌رو می‌کند که احتمال پایداری آنها بسیار است (۵۰). مجموعه ارقام سازمان‌های بیمه‌گر ۹۰ درصد مردم را در پوشش خدمات بیمه‌ای می‌داند ولی یکی از بررسی‌ها ۲۶ درصد از مردم را محروم از پوشش همه بیمه‌ها معرفی می‌کند (۵۱).

به نظر دکتر حسن‌زاده، وجود ۲۶ درصد بیمه‌نشده در جمهوری اسلامی ایران به تعبیری، و به تعبیر دیگر حدود ۱۰ درصد،

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

فقدان نظام هدایت‌کننده بیمار، باز بودن بخش عرضه و تقاضا (به این مفهوم که بیمه‌شده مختار است به هر مرکز طرف قرارداد یا غیر آن مراجعه کند و هیچ‌گونه محدودیت برای این تصمیم وجود ندارد و فراهم‌کننده خدمت نیز می‌تواند بیمار را به هر مؤسسه تشخیصی، آزمایشگاهی، تصویربرداری و حتی بیمارستان ارجاع کند) اصلاحات را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد (۵۲).

هزینه درمان: در ایران سهم درمان سرپایی از اعتبارات بخش ۱۸ درصد، درمان بستری ۳۳ درصد و سهم مراقبت‌های اولیه بهداشتی فقط ۷ درصد است (۵۳). معنای این سخن آن است که در ارایه خدمات سلامت، گرایش غالب به‌سوی مداخله‌ها و اقدام‌هایی است که به هزینه- اثربخشی آنها اطمینانی نیست. در سال‌های آینده افزایش میزان سالمندان جامعه که حفظ سلامت آنان هزینه‌های سنگین‌تر را ایجاب می‌کند، ورود داروهای جدید و فناوری‌های نو در تشخیص و درمان، افزایش بیمه‌های مکمل و مازاد همراه با توقعات فزاینده جمعیت تحصیل کرده، حجم بیشتری از فرایندهای پرخرج تشخیصی و هزینه‌های بیمارستانی را ناگزیر خواهد ساخت.

دارو: کشور ما به نسبت جمعیت از بزرگ‌ترین مصرف‌کنندگان دارو در جهان است. مصرف بیش از ۲۰ میلیارد عدد دارو– در اشکال گوناگون– برای جمعیتی حدود ۷۰ میلیون نفر، یعنی سرانه ۳۰۰ در سال. هر سال بیش از ۴۰۰ میلیون دلار ارز، به عنوان یارانه، صرف حمایت از تأمین دارو می‌شود. بیش از ۴۵ درصد ارز شناور، تنها به ۳/۵ درصد از داروهای وارداتی تعلق می‌یابد. فروش ریالی این چند قلم دارو با اثری که مطلقاً توجیه کننده هزینه‌های سنگین آنها نیست بیش از ۱۸ درصد فروش دارو در کشور را تشکیل می‌دهد. مصرف دارو در ده سال گذشته بیش از ۳۷ درصد بیشتر شده است (۵۴).

نظام پرداخت: در جمهوری اسلامی ایران نارسایی‌های نظام پرداخت کمتر از نظام تأمین مالی نیست و در آن پیچیدگی‌های بسیار دیده می‌شود (۵۵).

در درمان سرپایی پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی دولتی در برابر خدماتی که به مراجعان ارایه می‌کنند حقوق دریافت می‌دارند. دریافتی پزشکان درمانگاه‌ها در بیمارستان‌های دولتی و متخصصان مراکز علاوه بر حقوق، با پرداخت وجه در ازای سرویس[1] کامل می‌شود. خدمات پزشکان بخش خصوصی نیز برای عیادت از بیمار (ویزیت پزشکی) به‌صورت کارانه[2] یا به شکل «وجه در ازای سرویس» جبران می‌شود. به پزشکان عمومی شاغل در مراکز درمان سرپایی سازمان تأمین اجتماعی علاوه بر حقوق و مزایای ماهانه، مبالغی به‌صورت کارانه و پاداش کمک هزینه[3] نیز پرداخت می‌شود. در این سازمان دریافتی پزشکان متخصص به صورت حقوق و مزایای ماهانه و درصدی بابت هر مورد مراجعه است. پرداختی به داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و خدمات پرتونگاری به صورت کارانه یا وجه در ازای سرویس صورت می‌گیرد.

در درمان بستری، درآمد بیمارستان‌های دولتی، از بودجه سالانه، آنچه در برابر خدمات ارایه شده دریافت می‌دارند، فرانشیز پرداخت شده توسط مردم و بخشی نیز از اعتبارات استانی (برای تجهیز و تعمیر) تأمین می‌شود. در بیمارستان‌های بخش خصوصی، درآمد بیمارستان از راه ارایه خدمات و در برابر، دریافت بهای آنها از سازمان‌های بیمه‌گر یا مردم فراهم می‌آید. در بیمارستان‌های دولتی، پرداختی به پزشکان ترکیبی از پرداخت حقوق و مزایا، .وجه در ازای سرویس و در مواردی کارانه و درباره کارکنان به‌صورت حقوق و پرداخت‌هایی از محل درآمدهای اختصاصی بیمارستان است. در بیمارستان‌های بخش خصوصی پرداخت به پزشکان به طور عمده بر پایه «وجه در ازای سرویس» صورت می‌گیرد. آنان که سهام‌دار بیمارستان‌اند به این سبب دریافت‌های جداگانه دارند. کارکنان بیمارستان‌های بخش خصوصی به‌طور عمده حقوق ماهانه دریافت می‌کنند و در مواردی به‌صورت پاداش کمک‌هزینه و وجه در ازای سرویس نیز مبالغی به آنان تعلق می‌گیرد. فرانشیز خدمات که توسط مراجعه‌کنندگان پرداخت می‌شود در مراکز دولتی ۳۰ درصد، در مراکز بخش خصوصی برای پزشکان عمومی ۴۵ درصد و در مراجعه به پزشکان متخصص ۵۰ درصد است. فرانشیز دارو ۳۰ درصد است. سهم مردم در مراجعه به آزمایشگاه‌ها و مراکز پرتونگاری دولتی ۳۰ درصد و در بخش خصوصی ۵۰ درصد است.

ارایه خدمت: تا آنجا که سخن از مراقبت‌های اولیه بهداشتی است بسیاری از خدمات با پروتکل‌های مورد توافق، با رعایت استانداردها، در بسته‌ای مشخص و رایگان ارایه می‌شود و تا جایی که به حوزه روستایی مربوط می‌شود واحدهای ارایه‌کننده، جمعیتی معین (با دقت نفر) را در پوشش خود دارند و تعهد آنان در قلمرو جغرافیایی کاملاً مشخصی است. با وجود این در روستاها نیز از سویی پوشش کامل نیست و حدود ده درصد جمعیت، دور از دسترس واحدهای مستقر قرار دارند و از سوی دیگر ابعاد خدمات و کیفیت پوشش و در مواردی میزان پی‌گیری

[1] Fee for service
[2] Per case
[3] Bonus

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

در روستاهای اصلی محل استقرار واحدها و روستاهای اقماری یکسان نیست.

در شهرها به‌ویژه شهرهای بزرگ، قلمرو جغرافیایی و محدوده پوشش جمعیتی هر واحد ارایه کننده خدمات مشخص نیست، استفاده‌کنندگان از خدمات با ارایه کننده ثابت یا مشخص سروکار ندارند، شیوه ارایه خدمات برخلاف مناطق روستایی فعال نیست، پی‌گیری خدمات– جز در استفاده از حضور رابطان– صورت نمی‌گیرد و جز درباره مراقبت‌های پیشگیر، میزان استفاده مردم از خدمات واحدهای دولتی، به‌ویژه با امکاناتی که بخش خصوصی در اختیار دارد، چندان نیست. استفاده مردم از خدمات پزشکی عمومی و تخصصی نظام‌مند نیست و ممکن است برای ساده‌ترین مسایل، خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی طلب شود. بار مالی ناشی از این پدیده در مراحل تشخیص و درمان سال‌هاست که توسط جامعه تحمل یا بر آن تحمیل می‌شود.

در مجموع بازار سلامت از نظر تأمین مالی، پرداخت‌ها، بسته خدمت، کیفیت خدمات، دارو، حقوق مردم و میزان رضایت ارایه‌کنندگان و استفاده‌کنندگان از خدمات، بسیار آشفته و درهم است و در آن نیروهای محرکه بی‌شمار برای اصلاح نظام سلامت به‌چشم می‌خورد.

۳-۲- محتوای اصلاح نظام سلامت در ایران: در قیاس با تعبیری که پیتر برمن و تام باسرت (۱۳) برای اصلاحات وسیع اعلام داشته‌اند، پروژه اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران را باید اصلاحات وسیع در وسیع‌ترین شکل آن دانست که به هر پنج اهرم کنترل توجه کامل داشته است. علت تن دادن مجریان اصلاحات به چنین برنامه سنگین و پرحجم این بود که معتقد بودند نمی‌توان بخشی از نظام را بدون توجه به دیگر قسمت‌های آن تغییر داد. این غنای محتوایی به شکل یادگیری در عمل[1]، به ابتکار و پیشنهاد سرپرست اصلاحات و با گفت‌و گوهایی که در واحد کشوری اصلاح نظام سلامت جریان می‌یافت، همراه با استفاده از توان کارشناسی همکاران پروژه فراهم آمد و به تدوین برنامه‌ای انجامید که مورد قبول تأمین کننده مالی آن (بانک جهانی) قرار گرفت. در زیر فهرست‌وار به اجزای برنامه اشاره شده است (۵۶).

راه‌اندازی مرکز اسناد و اطلاعات: شامل دایر کردن کتابخانه، خرید کتاب و مجله و تهیه گزارش‌های فنی و مدیریتی.

تقویت نظام ارجاع و پزشک خانواده: شامل ترسیم توزیع واحدهای بهداشت و درمان، بررسی سطح‌بندی خدمات، انتقال اطلاعات نقشه توزیع واحدها به سامانه اطلاعات جغرافیایی[2]، توافق درباره مقررات و مسیر ارجاع، انطباق سازمانی با نیازهای برخاسته از برقراری نظام ارجاع، سنجش نیازهای آموزشی، تدوین متون و سپس آموزش کارکنان برای سازگاری با نظام ارجاع، تعیین نیازهای زیرساختاری برقراری نظام ارجاع، بررسی بسته‌های کنونی خدمت از نظر هزینه‌ها، توافق درباره بسته جدید خدمات، تهیه و به اجرا گذاردن راهنماهای طبابت بالینی[3]، تهیه و به اجرا گذاردن راهنماهای ارتقای مهارت‌های غیربالینی (ارتباطی) پزشکان خانواده و آموزش پزشکان خانواده درباره استفاده از راهنماهای طبابت بالینی.

اعمال حاکمیت و تولیت: آموزش افراد مرجع درباره شیوه وضع قوانین و مقررات، تعیین قانون‌های ناسازگار با اعمال حاکمیت و پیشنهاد تغییرهای لازم، پیشنهاد فرمول توزیع عادلانه منابع در سطح کشوری و استانی از راه جلب مشارکت ذی‌نفعان، مطالعه نحوه تنظیم امور بالینی[4]، طراحی نظام اعتباربخشی و صدور مجوز برای بخش‌های دولتی و خصوصی، طراحی الگوی حاکمیت بالینی[5]، تهیه مقدمات اعمال حاکمیت بالینی در چند بیمارستان برگزیده، مطالعه وضعیت موجود اطلاعات سلامت و مدیریت، بررسی و تحلیل اثر اصلاحات بر نظام اطلاعات سلامت و مدیریت، آموزش افراد مرجع درباره نظام اطلاعات سلامت و مدیریت، مطالعه درباره انتخاب و به‌کارگیری تکنولوژی‌های سلامت، آموزش افراد مرجع درباره تکنولوژی‌های مناسب، طراحی نظامی مناسب برای انتخاب و به‌کارگیری تکنولوژی‌ها، بررسی فرایند و یافته‌های مطالعه بار بیماری‌ها و شیوه بهبود بخشیدن به آن، محاسبه بار بیماری‌ها در چند استان، بررسی نحوه اثرگذاری مطالعه بار بیماری‌ها بر نظام سلامت، استفاده از مشارکت دانشگاه‌های خارج از کشور برای برگزاری دوره‌های آموزش مدیریت و آموزش کارکنان، مطالعه برای واگذاری اختیار خودگردانی به بعضی از بیمارستان‌ها و خرید خدمات پشتیبانی، طراحی مدل عقد قرارداد خودگردانی و خرید خدمات پشتیبانی، طراحی سازوکار ممیزی عملکرد در نظام سلامت، آموزش کارکنان در مورد تمرکززدایی، استفاده از یافته‌های مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت، طراحی مدلی برای تکوین هماهنگی بین بخشی، طراحی الگوی مناسب برای جلب مشارکت مردم در برنامه‌ریزی‌های خدمات سلامت.

[1] Learning by doing

[2] Geographical Information System (GIS)
[3] Clinical practice guidelines
[4] Regulation of clinical practice
[5] Clinical governance

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

حوزه مالی: تکمیل مطالعه محاسبه هزینه واحد در حوزه خدمات مراکز بهداشت شهرستان و استان، پیشنهاد راهکار استفاده از نتایج مطالعه هزینه واحد، گسترش محاسبه حساب‌های ملی و استانی سلامت در استان‌های پایلوت، محاسبه شاخص مشارکت عادلانه مالی، اعزام کارشناسان مناسب برای شرکت در دوره‌های فوق دکترا در سه حوزه مهم تجمیع منابع مالی[1]، پرداخت‌های مالی[2] و تأمین مالی[3] و به اجرا گذاردن (آزمودن) مدلی که هر یک از این سه کاندیدا در پایان آموزش، متعهد به تهیه و ارایه آن می‌شوند و آموزش افراد مرجع درباره اقتصاد سلامت.

مدیریت و حمایت‌طلبی: گذشته از فعالیت‌های یاد شده بخشی از منابع اصلاحات صرف کارهای اداری و مالی، پشتیبانی، گزارش روزمره کارها و برگزاری دوره‌های آموزش یا جلسه‌های ویژه جهت حمایت ذی‌نفعان شده است. تدارک انتخاب مشاوران، دعوت از آنها، برنامه‌ریزی برای کار آنان در ایران بخشی از این فعالیت‌های پشتیبانی را تشکیل می‌داد.

در اجرای این برنامه پرحجم، یکی از هدف‌ها خارج ساختن پژوهش در نظام سلامت از حوزه فردی، نهادینه‌کردن آن در دانشگاه‌های پایلوت یا سازمان‌های مرتبط و ظرفیت‌سازی بود. در عمل، به‌دلایل گوناگون (مانند کافی نبودن فرصت، محدود بودن ظرفیت دانشگاه‌ها از نظر محققان آشنا با پژوهش در نظام سلامت، طبیعت دشوار برخی از پژوهش‌ها و نیاز آنها به زمان بسیار و ظرفیت پژوهشی درخور) همه این برنامه‌ها امکان اجرا یا اجرای کامل نیافت، اما دانشگاه‌ها و سازمان‌های مرتبط در مواردی به ایجاد ظرفیت، پژوهش‌های مفید کاربردی و فراهم آوردن پاسخ‌های حساس که نظام در انتظار آن بود توفیق یافتند.

از نظر پیش‌نیازها که در بخش پیش نام برده شد شکل‌گیری جریان اصلاح نظام سلامت و محروم ماندن آن از بسیاری حمایت‌ها این واقعیت را پذیرفتنی می‌کند که در چنین شرایطی نمی‌شد توقع داشت از پیش همه بررسی‌های اپیدمیولوژیک، جمعیتی و مدیریتی خاص اصلاحات انجام گرفته و نتیجه‌گیری‌های توجیه‌کننده اقدام‌های اصلاحی مدون شده باشد؛ از پیش، الگوی ارزشی یا مدل مدیریتی مشخص برای اصلاحات تعیین شده باشد یا از پیش برنامه‌ای منسجم برای آماده‌سازی نیروی انسانی در کار باشد. به‌ویژه اگر به این واقعیت توجه شود که اصلاح نظام سلامت دغدغه اصلی دولت یا حتی کل وزارت بهداشت نبود و این وزارتخانه به‌شدت از نبود ظرفیت‌های حیاتی چون قدرت تحلیل یا توان قانون‌گذاری مساعد رنج می‌برد. استفاده از مشاوران قابل نیز با دشواری‌هایی روبه‌رو بود که در چالش‌های اصلاحات به آن اشاره می‌شود. با وجود این سعی مجریان اصلاح نظام سلامت براین بود که تا حد ممکن از همه داده‌های کشوری و تجربه‌های جهانی برای تدوین برنامه‌ای جامع بهره گیرند.

۳-۳- منابع: الف- از برنامه‌های مشترک با دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت برای کشورهای شرق مدیترانه[4] در دوسالانه ۲۰۰۳ -۲۰۰۲ حدود ۳۸۸ هزار دلار به اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران اختصاص یافت و این نخستین حمایت مالی مشخص از جریان اصلاحات در ایران بود. در دو سالانه‌های ۲۰۰۵ -۲۰۰۴ و ۲۰۰۷ -۲۰۰۶ نیز به ترتیب ۳۴۵۴۰۰ و ۳۰۹ هزار دلار و در مجموع بیش از یک میلیون دلار به فعالیت‌های این پروژه اختصاص یافت (۵۹- ۵۷). گذشته از به کارگیری مشاور خارجی و چند کارشناس و کارمند داخلی، انجام چند سفر مطالعاتی، برگزاری دوره‌های آموزشی مورد نیاز، تدارک پاره‌ای وسایل و تجهیزات و تأمین برخی از پشتیبانی‌های ضرور از واحدهای اجرایی، اعتبارات سازمان جهانی بهداشت به طور عمده در خدمت عقد قرارداد کار برای انجام مطالعه‌ها و بررسی‌هایی قرار گرفته است که دانستن پاسخ آنها برای تعیین مسیر و تصمیم‌گیری ضرورت داشت.

ب- پس از پایان نخستین وام بانک جهانی که به بهداشت و جمعیت اختصاص داشت تصمیم دولت بر تجدید وام و استفاده از آن در چند محور خاص قرار گرفت که اصلاح نظام سلامت یکی از آنها بود. زمان پایان وام دوم، آخرین روز ماه دسامبر سال ۲۰۰۵ میلادی بود و می‌بایست از نخستین روز ماه ژانویه سال ۲۰۰۱ (دی ماه ۱۳۷۹) آغاز به کار کند.

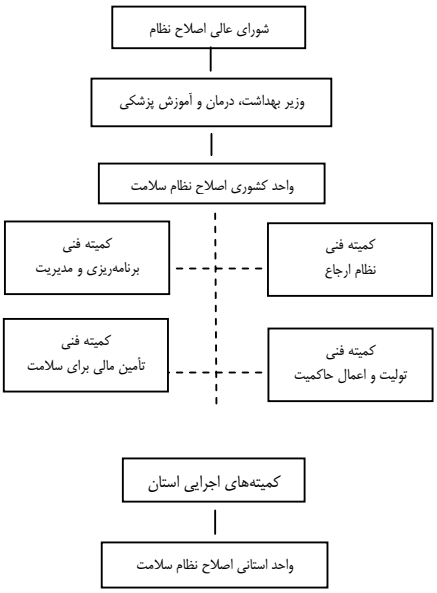
ضعف آشکار ظرفیت این‌گونه گفت‌وگوها در وزارت بهداشت، سازمان‌نیافتگی واحد اجرایی برنامه‌های مشترک با بانک جهانی، رفت و آمدهای بی‌حاصل کارشناسان بانک جهانی و موعظه‌های کلی آنان که هیچ همراهی عملی برای آشنا شدن گام‌به‌گام کارشناسان ایرانی با پیچیدگی‌های اداری کار با بانک جهانی و ایجاد ظرفیت کار با بانک در بر نداشت سبب شد سرانجام با تأخیر بسیار، قرارداد بانک در بیستم ماه مه ۲۰۰۴ (پایان اردیبهشت ماه ۱۳۸۳) توسط مسؤولان دوطرف امضاء شود و در عمل از مردادماه همان سال (۲۹ ژوییه ۲۰۰۴) آغاز به کار کند (۶۰). در این وقت فقط ۱۸ ماه از مدت قرارداد باقی‌مانده بود و

[1] Pooling
[2] Payment
[3] Finance
[4] EMRO

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

برنامه‌هایی که برای پنج سال پیش‌بینی شده بود می‌بایست در این مدت انجام شود. به همین دلیل در ماه‌های پایانی سال ۲۰۰۵ مسؤولان بانک با تمدید یک ساله مدت وام (تا پایان دسامبر سال ۲۰۰۶) موافقت کردند تا فرصتی برای پی‌گیری فعالیت‌های نیمه‌کاره پدید آید. اعتبار اصلاح نظام سلامت از کل وام دوم بانک جهانی (۱۲۴ میلیون دلار) ۲/۹ میلیون دلار بود که می‌بایست ۰/۶ میلیون دلار آن به صورت ریالی توسط دولت و ۲/۳ میلیون دلار به صورت ارزی از محل وام تأمین شود. از این اعتبار برای انجام چند کار مشخص استفاده شده است:

– تعیین استان‌های پایلوت: انتخاب استان‌های پایلوت از راه مشاوره، با در نظر گرفتن علاقه و توان مدیریت وقت و در عین حال با نیت دست‌یافتن به ترکیبی از استان‌های بزرگ و کوچک و مرفه و محروم صورت گرفته و روشی پیچیده و خاص را دنبال نکرده است.



نمودار ۲- روابط سازمانی در تشکیلات اصلاح نظام سلامت ایران

– راه اندازی واحدهای کشوری و استانی: در سازماندهی واحدهای کشوری و استانی اصلاح نظام سلامت هدف این بود که همه فعالیت‌ها در درون نظام جاری سلامت شکل گیرد و از ایجاد واحدهای مستقل و موازی خودداری شود. به همین دلیل چه در سطح ملی و چه در استان‌های پایلوت از کارکنان موجود وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و نمایندگان سازمان‌های درگیر– به‌ویژه سازمان‌های بیمه‌گر و سازمان مدیریت– استفاده شد تا شکل‌گیری دیدگاه‌های جامع، برنامه‌ریزی مشارکتی و مهم‌تر از آن، راه یافتن تفکر اصلاح به درون سازمان‌های درگیر تسهیل شود. [این رفتار منطقی در عمل به سبب محروم ماندن از وجود نهادی رسمی و قانونی با ناکامی‌های بسیار همراه بود].

– استفاده از نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران به عنوان کارگزار[1] اجرای پروژه اصلاح نظام سلامت: این ابتکار که به دشواری صورت واقع به خود گرفت به سبب توان آشکار سازمان جهانی بهداشت برای کار در سطح بین‌الملل و در قیاس با آن‌چه در عمل از توان اجرایی کارکنان داخلی برای پی‌گیری و برقراری ارتباط دیده شد، اقدامی مفید بود و به هزینه آن می‌ارزید.

– تدوین پروژه‌ای که می‌بایست به‌عنوان برنامه عمل اصلاح نظام سلامت به تصویب مسؤولان بانک جهانی می‌رسید. این پروژه که در آغاز اعتباری ۱۲ میلیون دلاری را طلب می‌کرد سرانجام با واقع‌بینی و رعایت اندک زمان باقی‌مانده و در نظر گرفتن ظرفیت‌های اجرا به ۲/۹ میلیون دلار تقلیل یافت.

سهم اصلاح نظام سلامت از اعتبارات دولت درخور توجه نبود. جز پرداخت حقوق و مزایای معدودی همکار ایرانی (بیشتر پاره‌وقت) و تعهدی که دولت طبق مقررات بانک جهانی به‌عنوان حق‌السهم خویش در گرفتن وام برعهده داشت منبع مالی یا انسانی دیگر در خدمت پروژه قرار نمی‌گرفت.

۳-٤- دستاوردها و چالش‌های اصلاحات: واقعیت این است که اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران فرصت گسترده برای پا گذاردن به حوزه عمل نداشت و نیافت. راه‌اندازی چهار استان پایلوت از آغاز به این امید بود که عرصه آزمودن اندیشه‌های اصلاحی قرار گیرند و کشور را از تحمل هزینه‌های گزاف بی‌نیاز کنند. با وجود همه تلاش‌ها، آموزش ها، ظرفیت سازی‌ها و ارتباط‌ها هرگز فرصتی دست نداد تا دانشگاه‌های پایلوت عرصه این‌گونه آزمون‌ها قرار گیرند.

الف- دستاوردهای آشکار

۱. دست‌یافتن به بعضی از پرسش‌های پایه در نظام سلامت که پیش از آن اندیشه یافتن آنها نبود یا نیازی بدان‌ها احساس نمی‌شد. از آن جمله است سهمی که مردم به‌طور مستقیم برای برخوردار شدن از خدمات سلامت پرداخت می‌کنند[2]، شاخص مشارکت مالی از سوی مردم در استفاده از خدمات سلامت[3]، درصد خانوارهایی که پرداخت هزینه‌های سلامت برای آنان مصیبت‌بار است و در این راه ناگزیر از گرفتن وام یا فروش

[1] Executing agency
[2] Out of pocket payment
[3] Fair financial contribution index

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

دارایی‌های خویشند، هزینه واحد[1] خدماتی که در حوزه مسؤولیت مراکز بهداشت استان و شهرستان قرار دارند، بار بیماری‌ها در سطح ملی و چند استان و وضعیت شاخص DALY، میزان بهره‌مندی مردم از خدمت‌های سرپایی، بستری، عمومی، تخصصی و ...

۲. تدوین آیین‌نامه نظام ارجاع و پزشک خانواده (۶۱) که حاصل هم‌فکری وقت‌گیر و توافق با بسیاری از ذینفعان در سطح ملی و استانی است.

۳. برگزاری دوره‌های پرآوازه و اثرگذار مانند Flagship (۶۲) و Senior Policy Seminar (۶۳) که توسط استادان دانشگاه هاروارد اداره می‌شد و بسیاری از کارشناسان، مدیران، سیاست‌گذاران و سیاسیون کشور از سطح ملی و استانی شرکت کننده این دوره‌ها بوده‌اند.

۴ تألیف کتاب‌هایی که جای خالی آن‌ها در نظام سلامت محسوس بود و ارزش و اعتبار آن‌ها به‌ویژه موکول به زمانی است که در عمل فرصت استفاده از آن‌ها دست دهد (۵۶ و ۶۶ -۶۴).

۵ حمایت از ترجمه و انتشار کتاب‌هایی شاخص از نوشته‌های جهانی یا گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت که تا سال‌ها راهنمای مدیران خواهند بود (۶، ۱۰، ۶۷ و ۶۸).

۶ برگزاری دوره‌های آموزش مدیریت توسط استادان انستیتوی نافیلد دانشگاه لیدز انگلستان در مرکز NPMC تبریز. شرکت کنندگان این دوره‌ها به‌طور عمده از دانشگاه‌های پایلوت معرفی شده بودند. گروهی کوچک از این شرکت‌کنندگان در دوره‌ای چند هفته‌ای در انگلستان با شیوه انتقال مطالب به مدیران آشنایی عملی یافته‌اند و اینک– البته با ریزش‌هایی که متأسفانه همواره در این‌گونه انتخاب‌ها و معرفی‌ها دیده می‌شود– به برگزاری دوره‌های مشابه برای مدیران دانشگاه‌های مختلف مشغول هستند.

۷ سحرگاه پنجم دی ماه ۱۳۸۲ زلزله، بم و بروات را با فاجعه‌ای تکان‌دهنده روبه‌رو ساخت و ۴۰ هزار کشته، ۱۲۰ هزار مجروح و ۵۰ هزار نفر بی‌خانمان برجای گذارد. واحد کشوری اصلاح نظام سلامت که راهی برای آزمودن تفکرات خویش نمی‌یافت آمادگی خود را برای اجرای نمونه نظام ارجاع در بم اعلام داشت و در تیرماه سال ۱۳۸۳ تصویب شد، ۱۹۶ میلیارد ریال اعتبار اختصاص‌یافته به بهداشت و درمان بم (۱۲۹ میلیارد از ستاد حوادث غیرمترقبه، ۵۲ میلیارد از بیمه‌ها و ۱۵ میلیارد از دانشگاه علوم پزشکی کرمان) در حسابی واحد که از سوی خزانه‌داری کل به نام وزارت بهداشت گشوده می‌شود قرار گیرد. مسؤول اصلاح نظام سلامت به‌عنوان نماینده مختار وزیر و مدیر اجرایی نظام سلامت شهرستان بم، انجام این مهم را عهده‌دار شد.

اصلاح نظام سلامت از نیاز به بازسازی شبکه بهداشت و درمان شهرستان بم نه فقط به‌عنوان کاری نمادین و انسانی که به‌عنوان فرصتی برای به اجرا گذاردن اندیشه‌های اصلاح و از آن جمله اجرای طرح پزشک خانواده بهره گرفت و در شهریورماه ۱۳۸۴ گزارش عملکرد خود را در این باره انتشار داد[2] (۶۹).

ب- دستاوردهای پنهان

۱. کمتر ممکن است به این نکته توجه شده باشد که ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که ارتقای شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم، کاهش سهم مردم از پرداخت‌های مستقیم هزینه‌های سلامت و کاستن از درصد خانوارهای آسیب‌پذیر از تحمل هزینه‌های سلامت را حکم می‌کند از دستاوردهای اصلاح نظام سلامت و محصول پژوهش‌های این پروژه است.

۲. برقراری نظام ارجاع و استفاده از پزشکان خانواده هدفی بود که اصلاح نظام سلامت از آغاز پی‌گیری می‌کرد و سرانجام به صورت ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور تبلور یافت که در بند ب، شورای عالی بیمه خدمات درمانی را به استقرار بیمه سلامت با محور پزشک خانواده و برقراری نظام ارجاع ملزم ساخته است.

۳. سهم و نقش اصلاح نظام سلامت در تدوین «آیین‌نامه نظام ارجاع و پزشک خانواده» و انتشار آن به صورت کتابی مستقل (۶۱) دستاورد پنهان دیگری است که در قبول تعهد بازسازی

[1] Unit cost

[2] سخن از اصلاح نظام و شناخت موجب‌های آن است. از این رو آن‌چه در صفحه ۹ این گزارش آمده است جای تأمل بسیار دارد. درجریانی پرمصیبت هم‌چون بم:

– زلزله روز ۵ دی ماه ۱۳۸۲ اتفاق می‌افتد.

– در تیرماه ۱۳۸۳– با گذشت بیش از ۶ ماه– سامان‌دهی نظام سلامت بم با اعتبار ۱۹۶ میلیارد ریالی برای سه سال تصویب می‌شود تا از آن ۱۲۹ میلیارد ریال (۸۸ میلیارد اعتبارات هزینه‌ای از بودجه عمومی و ۴۱ میلیارد بابت اعتبارات تملک دارایی) سهم سال ۱۳۸۳ باشد.

– دستور سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی برای فقط ۶۱ میلیارد (۲۰ میلیارد و ۴۱ میلیارد) در آخرین روز ماه آذر– با تأخیر ۵ یا ۶ ماهه– ابلاغ می‌شود. چون خرج کردن این پول در ماه‌های باقی‌مانده میسر نبود درخواست انتقال مانده به سال بعد می‌کنند.

– مقررات اجازه نمی‌دهد، مجلس محترم تصویب نمی‌کند، در دو ماه فقط جذب ۲۱ میلیارد از اعتبار میسر می‌شود.

– موافقت‌نامه اعتبارات تملک دارایی‌ها را نیز در ۱۲ اسفند ماه ۱۳۸۳ به مبلغ کمتر از ۸ میلیارد ریال مبادله کرده‌اند که خزانه فقط ۲ میلیارد ریال آن را واریز کرده است. با عدم موافقت مجلس برای انتقال مانده به سال بعد، دنباله موضوع روشن است.

– حکایت واریز سهم بیمه‌ها و ستاد حوادث غیرمترقبه تلخ‌تر است.

آیا این قصه ناگوار ولی متداول، فریاد کننده ضرورت اصلاحات همه جانبه نیست؟

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

نظام سلامت بم (به قصد برقراری نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده) و در سرعت بخشیدن به اجرای بند ب ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم تعیین‌کننده بود. ماده ۹۱، به‌سبب جذب اعتبار ۵ هزار میلیارد ریالی به روستاها و مناطق محروم اهمیت بسیار دارد. در آخرین وضعیت (مرداد ماه ۱۳۸۵) از جمعیت روستایی و ساکنان شهرهای با کمتر از ۲۰ هزار نفر جمعیت، بیش از ۲۵ میلیون نفر در پوشش طرح بیمه روستایی قرار دارند؛ با ۵۷۰۵ پزشک عمومی و ۳۹۶۸ ماما برای کار در ۳۴۶۱ مرکز ارایه‌کننده خدمت، قرارداد بسته شده است؛ ۳۸۸۳ داروخانه، ۳۰۸۵ آزمایشگاه و ۳۴۳۵ واحد رادیولوژی از نظر همکاری با این طرح وضعیت مشخص یافته‌اند (۷۰).

۴. بسیاری از شرکت‌کنندگان دوره‌های آموزشی ماندگار و اثرگذار که توسط واحد کشوری اصلاح نظام سلامت سازمان یافت، معتقدند برگزاری این دوره‌ها مفاهیم، واژگان و نگاهی نو و مترقی را مطرح ساخته و زبانی مشترک در میان سیاست گذاران، برنامه‌ریزان، مدیران و کارشناسان حوزه سلامت پدید آورده است. این توفیق را باید از دستاوردهای نهان اصلاح نظام سلامت دانست.

۵. جریان اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران در این میان دست به فعالیت‌هایی زده است که هنوز نتایج آنها معلوم نیست یا بنا به طبیعت موضوع می‌بایست در آینده با طرح‌های تکمیلی دنبال شوند. از آن جمله است:

تدوین مدلی مناسب برای تجمیع منابع مالی در نظام سلامت؛ پیشنهاد الگویی نو و مناسب شرایط کشور برای پرداخت‌های مالی در نظام سلامت؛ طراحی الگویی مناسب برای سامان دادن به تأمین مالی در نظام سلامت؛ گسترش محاسبه هزینه واحد که در آینده می‌بایست خدمات بیمارستانی و دیگر حوزه‌ها را نیز دربرگیرد؛ طراحی الگویی مناسب برای جلب مشارکت‌های مردمی و مداخله دادن مردم در مدیریت خدمات سلامت، طراحی الگویی مناسب برای تکوین همکاری‌های بین‌بخشی، آزمودن خودگردانی بیمارستانی در حد یک یا چند بیمارستان و استفاده از نتایج آن برای بهبود وضعیت؛ الگوی بستن قرارداد برای واگذاری خدمات پشتیبانی بیمارستان‌ها به بخش خصوصی؛ طراحی مدل مناسب برای انتخاب و به‌کارگیری تکنولوژی‌ها؛ طراحی الگویی مناسب کشور برای اعتباربخشی و صدور مجوزها.

ج- چالش‌ها: اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران با چند چالش عمده روبه رو بود:

۱- در کار نبودن عزم ملی و تصمیم حاکمیت: موجب اصلی دست زدن به اقدام‌های اصلاحی، خواست وزیر وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعهد معدودی مسؤول و کارشناس در این وزارتخانه بود که جملگی به ضرورت اصلاحات اعتقاد داشتند. این جریان هرگز حتی به تعهد کل وزارتخانه تبدیل نشد.

واحد کشوری اصلاح نظام سلامت برای رفع این کمبود و فراهم ساختن پشتوانه حمایت سیاسی از جانب دولت، تشکیل شورای عالی اصلاح نظام سلامت را با آیین نامه ای مدون پیشنهاد کرد. این شورا نیز که در نیمه راه به «شورای عالی سلامت کشور و برنامه اصلاحات در نظام سلامت» تغییر نام داد و نخستین جلسه ی آن در پنجم شهریور ماه ۱۳۸۲، با ریاست رییس جمهوری برگزار شد، هرگز نتوانست حمایت لازم را فراهم آورد.

۲- در اختیار نبودن منابع مالی برای اجرا: منابع مالی خارجی (کمک سازمان جهانی بهداشت یا وام بانک جهانی) به طور عمده صرف پژوهش، مطالعه، مشاوره و عقد قراردادهایی شد که هدف آنها یافتن پاسخ پرسش‌های اساسی یا تدوین الگوهای مورد نیاز بود. نتیجه این فعالیت‌ها می‌بایست در استان‌های پایلوت به اجرا و ارزشیابی می‌رسید. بارها در شورای معاونان وزارتخانه با حضور مسؤولان بیمه‌ها و سازمان مدیریت، تأمین پشتوانه مالی این‌گونه عملیات اجرایی در دستور کار قرار گرفت. در این جلسه‌ها استان‌های پایلوت، منابع مورد نیاز برای اجرای اصلاحات در استان خود را به‌صورت گزارش‌های مدون و محاسبه شده ارایه کردند که می‌بایست توسط سازمان مدیریت و سازمان‌های بیمه‌گر تأمین مالی می‌شد ولی هرگز با چنان احساس مسؤولیت و تعهدی همراه نشد که راه به جایی ببرد.

در زمان وزارت آقای دکتر پزشکیان، برای سپاسگزاری از ماه‌ها همکاری پاره وقت نمایندگان سازمان‌های دیگر با واحد کشوری اصلاح نظام سلامت و برآمدن از عهده هزینه‌های روزمره، از وزارت بهداشت درخواست مبلغی ناچیز شد. علی‌رغم دستور وزیر و با وجود پی‌گیری‌های فراوان، هرگز این اعتبار در اختیار واحد کشوری اصلاح نظام سلامت قرار نگرفت (که در عمل معنای آن معلوم است).

۳- نداشتن موضع رسمی: اصلاح نظام سلامت گرچه در میان سازمان‌ها یا اشخاصی که با آنان سر و کار می‌یافت از احترام و مقبولیت برخوردار بود ساختار یا تشکیلات مصوب نداشت و نهادی رسمی را نمایندگی نمی‌کرد. سازمان‌هایی که در واحد کشوری اصلاح نظام سلامت نماینده داشتند اعزام نماینده را نوعی «منت» بر این واحد تلقی می‌کردند؛ از نماینده

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

خویش حمایتی نشان نمی‌دادند و زمانی که سازمان مربوط اراده می‌کرد هر کار دیگر به مأموریت این افراد در اصلاح نظام سلامت اولویت می‌یافت.

٤- نداشتن مکان ثابت: اصلاح نظام سلامت و واحد کشوری آن در تهران هرگز حتی در حد برخورداری از مکان جغرافیایی ثابت نیز از حمایت جدی برخوردار نشد. این خانه‌به‌دوشی هم‌چنان باقی است و هرچند وقت یک بار تهدید به آن از سر گرفته می‌شود. اصلاحات، به‌ویژه به‌سبب نوع سازماندهی آن در کشور، به مشارکت جدی افراد آگاه و صاحب تجربه و سرمایه‌گذاری ذهنی آنان در این راه نیازمند بود. هول و هراس بی‌خانمانی، گذشته از بی‌نظمی و برهم زدن پیوستگی کارها سبب می‌شد همکاران پروژه نیز دلسرد شوند و در گذاردن سرمایه وقت و ذهن برای حوزه‌ای چنین درخطر، دچار تردید شوند یا تجدیدنظر کنند.

٥- تنگنای زمان: شاید تنگی فرصت، دست‌یافتن به برخی از نتایج را سرعت بخشیده باشد اما انکار نمی‌توان کرد که محدود بودن زمان، شوق پرداختن به برنامه‌هایی را که بنا به طبیعت خویش نیازمند زمانی درازترند، زایل می‌کند و ناچار برنامه‌ریزی به سمت فعالیت‌هایی که در کوتاه‌مدت می‌توان به نتایج آنها دل بست، گرایش می‌یابد. چنین ناگزیری با منطق اصلاحات تعارض دارد.

٦- مشاوران خارجی: فعالیت‌های اصلاح نظام سلامت به‌ویژه در چارچوب قرارداد با بانک جهانی، به دعوت از مشاوران خارجی و استفاده از تجربه آنان تکیه داشت. در این کار گرچه به ندرت استفاده از حضور برخی از مشاوران بسیار ارزشمند و با تجربه میسر شد، در بیشتر موارد چنین نبود. پس از زمان درازی که به جستن و یافتن مشاوران ارشد در هر موضوع می گذشت مشاوران قابل، به بهانه هایی چون تنگی فرصت، سازگار نبودن زمان فراغت شان با زمان مطلوب پروژه و در واقع به سبب شرایط خاص مانند ناامنی منطقه و نظایر آن از آمدن به ایران شانه خالی می کردند. ناگزیر مشاورانی انتخاب می شدند که در ردیف های نخست فهرست مشاوران قرار نداشتند.

۴- پیشنهاد

۱. دولت و مجلس شورای اسلامی موضع خود را در برابر جریان اصلاح نظام سلامت به‌وضوح مشخص کنند. به نوعی که اصلاح نظام سلامت تعهد حاکمیت باشد و در آن تکلیف و مسؤولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، و دیگر نهادهای مرتبط مشخص شود.

۲. اگر بنا بر ادامه فعالیت اصلاحات باشد، واحدی کوچک، با جایگاه رسمی، صاحب اختیار در مشاوره و به‌کارگیری صاحب‌نظران و خبرگان، برخوردار از حمایت‌های قانونی و خاص، مأمور پرداختن به این کار شود.

۳. برنامه‌ای روشن با هدف‌های مرحله‌ای و مقید به زمان طراحی و برای تأمین منابع آماده شود. با آن‌چه تاکنون به نام اصلاح نظام سلامت به اجرا درآمده بخشی از لوازم این کار مهیا است. نتیجه مطالعه‌ای که به کمک بانک جهانی و با تحلیل داده‌های ثانوی (موجود) برای بررسی وضعیت کنونی نظام سلامت جریان دارد، در این باره یاری‌دهنده خواهد بود.

۴. اصلاح نظام سلامت پروژه‌ای درازمدت، در حد سه یا چهار برنامه پنج‌ساله و به‌عنوان پژوهش‌کاربردی تلقی شود، هر جزء در محدوده‌های جغرافیایی معین به اجرا درآید و نتایج پذیرفته‌شده به کل کشور تعمیم یابد. بسته به طبیعت موضوع پژوهش، می‌توان دانشگاه‌های متفاوت را عرصه پایلوت قرار داد تا حرکت اصلاحی به همه دانشگاه‌ها راه یابد و ظرفیت‌سازی به استان یا دانشگاهی خاص محدود نماند.

۵. با فرض اینکه منابع مالی کشورمان از عهده این کار برآید، مناسبات دشوار و فرساینده بوروکراتیک بردبارترین‌ها را بی‌طاقت می‌کند. در چارچوب پژوهش کاربردی می‌بایست اصلاح نظام سلامت از تسهیلات کافی در به‌کارگیری افراد و مقررات مالی و معاملاتی خاص برخوردار باشد.

تجربه کار با بانک جهانی نشان داد که پس از گذار از مرحله دشوار طراحی و به تصویب رساندن برنامه به‌ویژه در شرایطی که سازمانی معتبر مانند سازمان جهانی بهداشت کارگزار برنامه باشد مرحله اجرا با کمترین دشواری طی می‌شود.

۶. آنچه تا به امروز در چارچوب اصلاح نظام سلامت با تلاش جمعی کثیر به‌دست آمده همانند «مصالح پای کار» برای احداث بناست. خود، به هیچ روی بنا نیست. به حکم صیانت از منابع ملی، پیش از آن‌که زمان از دست برود به استفاده از این «مصالح» و رساندن آنها به جایی که باید، اقدام شود. برخی از این نتایج آماده به‌کارگیری است و بعضی دیگر نیازمند پی‌گیری پژوهش، تکمیل مدل و آزمودن آن در عمل است.

۷. اصلاحات ادامه یابد یا نیابد و در صورت ادامه یافتن، هر محتوایی بر آن سایه افکند، وزارت بهداشت دو حرکت هم‌سو را در دستور کار خویش قرار دهد: الف– جستن و به‌کار بستن ساز و کارهای افزودن به کارایی هزینه‌ها و ب– تلاش مؤثر برای

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

افزودن به سهم بخش سلامت از محصول ناخالص داخلی. با این نوع هزینه کردن حتی دو برابر کردن GDP نیز سودی ندارد و با این سهم از GDP در بهترین شرایط نیز برآوردن توقع‌های روزافزون محال است.

منابع

۱- پیله‌رودی س، شادپور ک، وکیل ح. نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی. چاپ اول. تهران: مجتمع آموزشی و پژوهشی وزارت بهداری؛۱۳۶۰.

2- WHO/Unicef. Alma-Ata, Primary Health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, WHO. Geneva; 6-12 September 1978.

3- Tarimo E. Is primary health care the vehicle that will bring the health for all in the 21st Century? Technical Seminar, Summary Issues. WHO. Geneva; 12 March 1997: 3.

۴- سازمان مدیریت صنعتی. طرح بازنگری در ساختار سازمانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ ساختار پیشنهادی. ۱۳۷۸: ۴۲.

5- Davies P, Carrin G. Risk-pooling necessary but not sufficient. Bull World Health Organ 2001: 79(7): 587.

۶- رابرتز م، شیائو و، برمن پ و همکاران. اصلاحات نظام سلامت: راهنمای عدالت و کارایی. ترجمه: گروه مترجمان. چاپ اول. تهران: مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ/ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۴: ۷۱.

7- Bodart C, Servais G, Mohamed YL, et al. The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso. Health Policy Plan 2001; 16(1): 74- 86.

8- Flood CM. International Health Care Forums, a legal, economic and political analysis. Rootledge; 2003: 2.

9- Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms had failed in Latin America? Health Policy 2005; 8(1/2): 13-20.

۱۰- سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰؛ نظام‌های سلامت: ارتقای عملکرد. چاپ اول. تهران: مؤسسه ابن سینای بزرگ / وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۲: ۵۷.

11- Jeppsson A, Birungi H. The global-local dilemma of the Ministry of Health: experiences from Uganda. Health Policy 2005; 72 (3): 311- 320.

12- Hutton G. Decentralization and the sector–wide approach in the health sector. Switzerland: Swiss Tropical Institute; 2002: 10.

13- Berman PA, Bossert TJ. A Decade of health sector reform in developing countries: what have we learned? Data for decision-making project. Harvard School of Public Health. A paper prepared for the DDM symposium. Washington DC; 15 March 2000.

14- Roberts M. Defining and solving problems using the "control knobs". Harvard School of Public Health. A presentation at Wisemen seminar. Tehran; September 2004.

۱۵- رابرتز م، شیائو و، برمن پ و همکاران. اصلاحات نظام سلامت: راهنمای عدالت و کارایی. ترجمه گروه مترجمان. چاپ اول. تهران: مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ/ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۴: ۲۸ -۲۴.

16- Moore M. Public sector reform: downsizing, restructuring, improving performance. Forum on Health Sector Reform. Discussion Paper No 7. World Health Organization; 1996: 6.

۱۷- برمن پ. تحول بخش بهداشت در کشورهای در حال توسعه، پایدار کردن فرایند توسعه بهداشتی. ترجمه: شیری ی، شاهوردی م، قطبی ر. چاپ اول. تهران: انتشارات قاضی جهانی (به سفارش دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران)؛ ۱۳۷۸: ۱۱.

۱۸- رابرتز م، شیائو و، برمن پ و همکاران. اصلاحات نظام سلامت، راهنمای عدالت و کارایی. ترجمه: گروه مترجمان. چاپ اول. تهران: مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ/ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۴: ۱۲۳-۹۱.

19- Moore M. Public sector reform: downsizing, restructuring, improving performance. Forum on Health Sector Reform. Discussion Paper No 7. World Health Organization; 1996: 3.

۲۰- برمن پ. تحول بخش بهداشت در کشورهای در حال توسعه، پایدار کردن فرایند توسعه بهداشتی. ترجمه: شیری ی، شاهوردی م، قطبی ر. چاپ اول. انتشارات قاضی جهانی (به سفارش دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران)؛ ۱۳۷۸: ۲۹.

21- Marcinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary health care systems to health outcomes within the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries 1970-1998. Health Serv Res 2003; 38 (3): 831-65.

22- Politzer RM, Schempf AH, Strafield B et al. The future role of health centers in improving national health. J Public Health Policy 2003; 24 (3-4): 367-11.

23- Shi L, Marcinko J, Starfield B, et al. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. J Epidemiol Community Health 2004; 58(5): 374-80

24- Starfield B, Shi L, Marcinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005; 83(3): 457- 502

25- The world Bank. Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Equity. Vol 1: Main Report. Human Development sector unit. Europe and central Asia Region. Document of the World Bank; 2003: 3.

۲۶- برمن پ. تحول بخش بهداشت در کشورهای در حال توسعه، پایدار کردن فرایند توسعه بهداشتی. ترجمه: شیری ی، شاهوردی م، قطبی ر. چاپ اول. انتشارات قاضی جهانی (به سفارش دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران)؛ ۱۳۷۸: ۸۲.

۲۷- برمن پ. تحول بخش بهداشت در کشورهای در حال توسعه، پایدار کردن فرایند توسعه بهداشتی. ترجمه: شیری ی، شاهوردی م، قطبی ر. چاپ اول. انتشارات قاضی جهانی (به سفارش دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران)؛ ۱۳۷۸: ۲۰.

28- Neema S. The impact of health policies and health sector reform on the readiness of health systems to respond to women's health needs. United Nations Expert Group Meeting. Bangkok, Thailand; 2005: 12.

29- Sapelli C. Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system. Soc Sci Med 2004; 58 (2): 259-263.

۳۰- برمن پ. تحول بخش بهداشت در کشورهای در حال توسعه، پایدار کردن فرایند توسعه بهداشتی. ترجمه: شیری ی، شاهوردی م، قطبی ر. چاپ اول. انتشارات قاضی جهانی (به سفارش دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران)؛ ۱۳۷۸: ۱۰۳.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

۳۱- برمن پ. تحول بخش بهداشت در کشورهای در حال توسعه، پایدار کردن فرایند توسعه بهداشتی. ترجمه: شیری ی، شاهوردی م، قطبی ر. چاپ اول. انتشارات قاضی جهانی (به سفارش دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران)؛ ۱۳۷۸: ۱۰۵.

32- De vos P. "No one left abandoned": Cuba's national health system since the 1959 revolution. International Journal of Health Services 2004; 35(1):189-207.

۳۳- کسل ا. اصلاح بخش سلامت: موضوعات کلیدی در کشورهای کمتر توسعه یافته. ترجمه: شادپور ک. چاپ اول. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی/دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران؛ ۱۳۸۱: ۱۲.

34- Jeppsson A. Financial priorities under decentralization in Uganda. Health Policy Plan 2001; 16(2): 187-192.

35- Cassels A, Kutzin J. Lessons from cost-recovery in health. Forum on Health Sector Reform. Discussion paper No.2. World Health Organization; 1995: 12.

36- Fiedler J, Suazo J. Ministry of health user fees, equity and decentralization: lessons from Honduras. Health Policy Plan 2002; 17 (4): 362- 377.

37- Samuel P. Capacity building for health sector reform. Forum on Health Sector Reform. Discussion paper No.5. World Health Organization; 1997: 1.

38- Steijn B. HRM in the public sector: a neglected subject. Modernization Review. The HRM perspective. Paper prepared for the Human Resource Management. OECD headquarter, Paris; 7-8 October 2002. [http://www.oecd.org].

39- Laurell AC. Health Reform in Mexico: the promotion on inequality. International Journal of Health Services. 2001; 31(2): 291-321.

40- Alwan A, Hornbey P. The implications of health sector reform for human resources development. Bull World Health Organ 2002; 80: 56- 60.

41- Gwatkin D, Bhuiya A, Victora A. Making health system more equitable. Lancet 2003; 364: 1273- 80.

42- PAHO. Renewing primary health care in the America. A position paper of Pan American Health Organization. WHO; 2 July 2005.

۴۳- مرندی ع، لاریجانی ب، جمشیدی ح ر. سلامت در جمهوری اسلامی ایران. چاپ اول. تهران: دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت/ دفتر نمایندگی یونیسف در ایران؛ ۱۳۷۷: ۴۰۱.

44- Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health 2000; 6 (4): 822-825.

۴۵- دفتر سلامت خانواده و جمعیت. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران. چاپ اول. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۹: ۴۹.

46- CDC/MOH & ME. Non-communicable disease program. (IR. Iran). Brief report of 2003. Ministry of Health and Medical Education; 2003.

47- Population Reference Bureau. 2004 World Population Data Sheet. Demographic data and estimates for the countries and regions of the world. USA: Washington D.C; 2004.

48- Sabbagh kermani M. Health care financing in Iran. Final Report. APW No. 03/144. MOH / WHO; February 2004: 35.

49- Vaez Mahdavi MR. Iran health financing. Wisemen seminar on: Health, Politics, Economics. Tehran; September 2004.

50-Sabbagh kermani M. Health care financing in Iran. Final Report. APW No. 03/144. MOH & ME/ WHO. February 2004: 28.

۵۱- نقوی م، جمشیدی ح ر. بهره مندی از خدمات سلامت، سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۴.

۵۲- حسن زاده ع. ادغام یا استقلال، سازمان های بیمه گر درمانی بر سر دو راهی. هفته نامه سپید ۱۳۸۵؛ ۱(۱۴): ۵.

53- Sabbagh kermani M. Health care financing in Iran. Final Report. APW No. 03/144. MOH & ME / WHO. February 2004: 37.

۵۴- مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی. مجموعه گزارش های همایش چالش ها و چشم اندازهای توسعه ایران. ۱۳۸۲: ۲۶ -۲۵.

55- Vaez Mahdavi MR. Provider payment mechanisms in Islamic Republic of Iran. Wisemen seminar on: Health Politics, Economics. Tehran; September 2004.

۵۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران. نشریه شماره ۱ واحد کشوری اصلاح نظام سلامت. چاپ اول. تهران: انتشارات اندیشمند؛ ۱۳۸۳: ۴۳-۳۸.

57- WHO/EMRO. Regional activity management system. IRA/ OSD/ OOO/ RB/ 02; 2002-2003.

58- WHO/EMRO. Regional activity management system. IRA/ OSD/ OOO/ RB/ 02; 2004-2005.

59- WHO/EMRO. Regional activity management system. IRA/ OSD/ OOO/ RB/ 02; 2006-2007.

60- National health sector reform unit project document.

۶۱- واحد کشوری اصلاح نظام سلامت. آیین نامه نظام ارجاع و پزشک خانواده. نشریه شماره ۲، واحد کشوری اصلاحیه نظام سلامت. تهران: چاپ اول. انتشارات اندیشمند؛ ۱۳۸۴.

۶۲- شماره‌های ۵ و ۶ ماهنامه توسعه سلامت و پزشکی، سال ۲، دوره ۴ و شماره‌های ۱، ۲ و ۳ ماهنامه توسعه سلامت پزشکی، سال ۲ دوره ۵ نشر بهمن ۱۳۸۲ تا خرداد ۱۳۸۳ دربرگیرنده موضوع‌های اصلی دوره‌های Flagship: تأمین مالی، سازوکارهای پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات سلامت، هدفمندسازی یارانه‌های عمومی برای سلامت و عدالت در سلامت، طراحی بسته خدمات سلامت، و اصلاحات سازمانی و مدیریت.

63- MoH & ME/ National health sector reform unit. Wisemen seminar on: Economics, politics, Health. Iran: Tehran; 25-26, 27-28 September 2004.

۶۴- فرزادفر ف، نائلی ج، حدادی م و همکاران. پایش عملکرد پزشک خانواده. نشریه شماره ۳، واحد کشوری اصلاح نظام سلامت. چاپ اول. تهران: انتشارات اندیشمند؛ ۱۳۸۴.

۶۵- رضوی، م. عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت. نشریه شماره ۴، واحد کشوری اصلاح نظام سلامت. تهران: انتشارات اندیشمند؛ ۱۳۸۴.

۶۶- فرزادفر ف، حدادی م، نائلی ج و همکاران. پایش عملکرد مدیران نظام سلامت. نشریه شماره ۵، واحد کشوری اصلاح نظام سلامت. چاپ اول. تهران: انتشارات اندیشمند؛ ۱۳۸۴.

۶۷- سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱؛ سلامت روان: درکی نو، امیدی نو. چاپ اول. مؤسسه ابن‌سینای بزرگ/ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۲.

۶۸- سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۳: ساختن آینده. چاپ اول. تهران: مؤسسه ابن سینای بزرگ/ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۳.

۶۹- واحد کشوری اصلاح نظام سلامت. گزارش عملکرد. تهران: ستاد سامان دهی نظام سلامت شهرستان بم؛ ۱۳۸۴.

۷۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. واحد بسیج همگانی بیمه روستایی (بهبر) در مرکز گسترش شبکه و ارتقای سلامت. اطلاعات دریافت شده توسط نویسنده؛ ۱۳۸۵.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]