

طرح تحول سلامت: آغاز راهی بسوی نظام سلامت مطلوب

سیدحسین امامی‌رضوی*

گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران
* نویسنده مسؤول: تهران، انتهای بلوار کشاورز، بیمارستان امام خمینی، ساختمان ریحانه، پژوهشکده علوم اعصاب، کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۴۱. تلفن: ۰۲۱۶۶۴۳۸۶۳۵-
نمابر: ۰۲۱۶۶۴۱۹۵۳۷

پست الکترونیک: shemamirazavi@gmail.com

دریافت: ۹۴/۶/۱۱ پذیرش: ۹۴/۹/۲۹

مقدمه

مقام معظم رهبری برای بخش سلامت، رسیدن به سطح متوسط منطقه و افزایش سهم دولت مورد تأکید قرار گرفته است.^۱ اقدامی که توسط دولت یازدهم صورت گرفت و طی آن بخشی از بودجه هدفمندی یارانه‌ها به بخش سلامت اختصاص یافت، دقیقاً مطابق با قانون هدفمندی یارانه‌ها^۲ و قانون برنامه پنجم توسعه^۳ بود که توسط دولت قبلی اجرا نشده بود. این که گفته می‌شود بودجه هنگفتی به این بخش اختصاص داده شده است و هزینه در بخش‌های دیگر می‌توانست هزینه اثربخش‌تر باشد جای تأمل دارد. در دو سال گذشته، کل بودجه اضافی که از هدفمندی یارانه‌ها به این بخش اختصاص یافت به ده هزار میلیارد تومان هم نمی‌رسد. در ادامه این نوشتار به موضوع اثربخش بودن هزینه کردهای این بخش بیشتر خواهیم پرداخت.

ب) آیا برای طراحی و اولویت‌بندی اهداف این طرح مطالعه کافی صورت پذیرفته بود؟

دولت یازدهم از ابتدای تشکیل و حتی قبل از آن با ارایه برنامه رییس‌جمهور و وزیر بهداشت در مجلس شورای اسلامی، اولویت‌های خود را در کلان برنامه دولت و بخش سلامت مشخص نموده بود که در این جا به برخی از این اهداف و اولویت‌ها اشاره می‌کنم:

– کاهش هزینه‌های درمانی؛ (بخش سلامت برنامه رییس‌جمهور)^۴؛ – افزایش آرامش روانی ناشی از گسترش پوشش بیمه‌های سلامت (۴)؛ – توسعه عدالت در حوزه سلامت (۴)؛

پانزدهم اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ به عنوان نقطه عطفی در تاریخ بخش سلامت کشور ماندگار خواهد شد. در این تاریخ طرح تحول نظام سلامت با مصوبه دولت یازدهم و حمایت جدی رییس‌جمهور آقای دکتر روحانی کلید خورد. امروز که ۱۹ ماه از اجرایی شدن مراحل مختلف این طرح می‌گذرد، موافقان و مخالفان طرح، نقد و نظرهای جدی را در مورد آن مطرح نموده‌اند. هدف از این نوشته نه تنها پاسخگویی به این نقدهاست، بلکه تلاش می‌شود با نگاهی تحلیلی و با اشاره به مستندات و سوابق تاریخی و علل اجرایی شدن این طرح بزرگ و دستاوردهای آن، منبعی مستند و کامل در اختیار محققین قرار گیرد.

الف) چرا بخش سلامت؟

یکی از سؤالاتی که این روزها مطرح می‌شود، دلیل اولویت دادن بخش سلامت در شرایط کنونی کشور است. در این زمینه علاوه بر تکالیف قانونی برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه در ارتقای سلامت و اصلاح شاخص‌های کلان سلامتی کشور، تعهدات بین‌المللی از جمله اهداف توسعه هزاره سوم سازمان ملل نیز همه دولت‌های گذشته و کنونی را موظف به توجه به بخش سلامت نموده است. از طرف دیگر مطابق مستندات موجود سرمایه‌گذاری برای سلامتی مردم، پر سودترین سرمایه‌گذاری برای یک جامعه در حال توسعه است. مطالعات هزینه اثربخشی نشان می‌دهد که یک دلار سرمایه‌گذاری در بخش سلامت، ۶/۵ دلار بازگشت سرمایه دارد. نگاهی به شاخص‌های مهم سرمایه‌گذاری از بودجه عمومی کشور و بخشی از درآمد ناخالص داخلی در بخش سلامت نشان می‌دهد که در سال‌های گذشته در این زمینه بی‌توجهی زیادی صورت گرفته است. رتبه ایران در این زمینه هم در بین کشورهای منطقه و هم کل جهان رتبه پایینی بوده است. به نحوی که در سیاست‌های کلی ابلاغی

^۱ بند ۱۰-۲ از سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری. فروردین ۹۳

^۲ جزء ۱ بند ب ماده ۷ قانون هدفمندی یارانه‌ها (گسترش و تأمین بیمه‌های اجتماعی، خدمات درمانی، تأمین و ارتقای سلامت جامعه و پوشش دارویی و درمانی بیماران خاص و صعب‌العلاج)

^۳ بند ب ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه

^۴ برنامه‌های رییس‌جمهور در بخش سلامت

این مستندات و گزارشات و مطالعات تنها گوشه‌ای از اسنادی بود که در ابتدای دولت یازدهم، مبنای طراحی طرح تحول نظام سلامت قرار گرفت.

پ) از اهداف مهم نظام سلامت چه اهدافی در طرح تحول نظام سلامت در اولویت قرار گرفت؟

در این بخش لازم است کمی در خصوص اهداف نظام‌های سلامت در جهان و آن‌چه از نظر منابع بین‌المللی پذیرفته شده است بحث نماییم. در گزارش ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت سه هدف مهم برای نظام‌های سلامت تعریف شده است.

۱- افزایش سطح سلامتی مردم^{۱۴}؛ ۲- حفاظت مالی از شهروندان در مقابل هزینه‌های سلامت^{۱۵}؛ ۳- فراهم آوردن رضایت‌مندی مردم^{۱۶}.

در کنار این سه هدف مهم، موضوع تأمین عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت برای آحاد جامعه و کارایی نظام سلامت مورد توجه قرار گرفته است. از مجموعه این اهداف، با نگاه به شاخص‌های موجود و با توجه به آمارهای سازمان جهانی بهداشت، در طی سال‌های اخیر وضعیت جمهوری اسلامی ایران در شاخص‌های مربوط به هدف سطح سلامتی نسبتاً مطلوب بوده و به مدد شبکه بهداشتی درمانی و برنامه مراقبت‌های بهداشتی اولیه جاری در آن، موفقیت‌های چشمگیری حاصل شده است. آن‌چه همواره جمهوری اسلامی را در رتبه‌بندی‌های بین‌المللی در رده پایین نگه می‌داشته، هدف حفاظت مالی در مقابل هزینه‌های سلامت بوده است که به استناد مطالعه حساب‌های ملی سلامت، ۵۳/۷٪ هزینه‌های سلامت از جیب مردم و در هنگام دریافت خدمات سلامت پرداخت می‌شده است. و در این شاخص کشور ما متأسفانه در رده غیرقابل‌قبولی در منطقه بوده و فقط کشورهای با سطح اقتصادی بسیار ضعیف وضعیت بدتری نسبت به ما دارند. در شاخص هزینه‌های مصیبت‌بار سلامت و افتادن در فقر در اثر هزینه‌های سلامتی هم وضعیت نامناسب بوده است.

در خصوص کسب رضایت‌مندی مردم هم همین بس که مقام معظم رهبری در یکی از فرمایشاتشان فرمودند: "کاری کنید که مردم به جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشند". وزارت بهداشت دولت یازدهم از ابتدای تشکیل با در دست داشتن تجارب قبلی و با اتکا به مطالعات و تجارب بین‌المللی و با نگاهی جامع و هدفمند، برنامه تحول نظام سلامت را با هدف

بازنگری در سیاست‌های پرداخت یارانه‌ها در جهت تأمین عدالت در سلامت^۵؛ - فراهم نمودن دسترسی عادلانه مالی برای فقرا، مناطق محروم، حاشیه شهرها، بیماران خاص، افراد تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره)، بهزیستی و خانواده‌های زن سرپرست^۵.

این برنامه حاصل تجارب چندین ساله کارشناسان باتجربه بخش سلامت که آمادگی همکاری با دکتر هاشمی را اعلام نموده بودند و استفاده از مستندات و مطالعات قبلی انجام شده در وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌ها و حتی مطالعات بین‌المللی بود و پایه اصلی برنامه‌ریزی طرح تحول نظام سلامت گردید. برخی از این مطالعات و مستندات به شرح ذیل می‌باشند:

۱- گزارش ۲۰۰۷ بانک جهانی در خصوص وضعیت بخش سلامت در جمهوری اسلامی ایران (این گزارش بر اساس یک مطالعه میدانی و به درخواست وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام و نتایج آن چندی بعد به ایران منعکس شد)^۶

۲- گزارش نهایی تحلیل چالش‌ها و روندهای مؤثر بر نظام سلامت^۷

۳- وضعیت نظام سلامت ایران: چالش‌ها و راهکارها^۸

۴- دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش‌روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران^۹

۵- سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^{۱۰}

۶- نقشه تحول نظام سلامت^{۱۱}

۷- مطالعه حساب‌های ملی سلامت^{۱۲}

۸- گزارش دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در خصوص وضعیت سلامت ایران، ۲۰۱۳^{۱۳}.

^۵ (بند ۳ و ۴ بخش دوم) برنامه‌های وزیر بهداشت ارایه شده به مجلس شورای اسلامی مرداد ۹۲

^۶ IR - 39970: Report no. مستندات بانک جهانی

^۷ طرح مطالعاتی انجام شده توسط مؤسسه ملی سلامت (۱۳۸۹)

^۸ گزارش تیرماه ۱۳۸۷ دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری و اصلاح نظام سلامت وزارت بهداشت

^۹ مجموعه کتاب‌های وزارت بهداشت، ۱۳۸۸

^{۱۰} این مجموعه مقدمه‌ای بود که برای تهیه برنامه پنجم توسعه و احکام بخش سلامت آن به صورت تحلیلی توسط وزارت بهداشت تهیه گردید و مورد استناد بسیاری از مطالعات قرار گرفت.

^{۱۱} نقشه تحول نظام سلامت در دولت دهم تصویب شد ولی اجرایی نشد.

^{۱۲} مطالعه حساب‌های ملی سلامت در سال ۱۳۸۷ انجام و در سال ۱۳۸۹ منتشر شد. این مطالعه توسط وزارت بهداشت و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور انجام شد.

^{۱۳} گزارش سال ۲۰۱۲ سازمان جهانی بهداشت در خصوص وضعیت سلامت در ایران

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

¹⁴ Health status

¹⁵ Financial Protection

¹⁶ Patient satisfaction

یافت. این کاهش در مورد برخی اقلام مثل لنز داخل چشمی و استنت داخل قلبی بین ۵ تا ۷ برابر کاهش نسبت به قیمت قبل از اجرای طرح تحول بود.

۳- با توجه به ضوابط ابلاغی مبنی بر این که اگر بیمارستان‌ها نسبت به سال ۹۲، در بودجه ابلاغی از هدفمندی یارانه‌ها صرفه‌جویی می‌نمودند، این بودجه به طور تمام و کمال در اختیارشان قرار می‌گرفت، نظام تشویقی برای اجرای برنامه‌های راهنماهای بالینی در خدمات پزشکی و مصرف بهینه داروها طراحی و اجرا شد و در قبال اجرای این برنامه‌ها صرفه‌جویی قابل توجهی شد.

۴- نتایج کامل برنامه طی یک برنامه پایشی منظم در معاونت درمان پیگیری می‌شد. همچنین مؤسسه ملی تحقیقات سلامت با استفاده از یک بازوی خارجی (مرکز آمار ایران)، نتایج طرح را در فصول مختلف سال به طور مستمر مورد پایش قرار داد. نتایج آن در ادامه در بخش دستاوردها اشاره خواهد شد.

فاز دوم برنامه تحول سلامت مربوط به حوزه بهداشت بود که دولت برای حمایت از این برنامه با کمک مجلس شورای اسلامی توانست بودجه پایداری را تحت عنوان ۱٪ واحد اضافی بر مالیات بر ارزش افزوده اختصاص دهد (۱۹) و در این راستا برنامه‌های ذیل با مذاقه کامل و با صرف وقت و کار کارشناسی فراوان طراحی و اجرا گردید (۲۰):

۱- برنامه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی و درمانی (خدمات نوین سلامت) به روستاییان و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر

۲- برنامه توسعه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی و درمانی (خدمات نوین سلامت) در شهرهای بین بیست تا پنجاه هزار نفر

۳- برنامه توسعه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی و درمانی (خدمات نوین سلامت) در شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر

۴- تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران

۵- ارتقای سطح سلامت جامعه با اجرای برنامه ملی توسعه و ترویج خودمراقبتی و توانمندسازی مردم

۶- برنامه تقویت و نهادینه‌سازی همکاری‌های بین‌بخشی

۷- برنامه بهداشت عمومی (آب سالم، غذای ایمن و رژیم غذایی سالم و هوای پاک)

۸- برنامه تحول سلامت دهان و دندان

ارتقای سطح سلامت و کسب رضایت‌مندی مردم و با تأکید بر کاهش هزینه‌های سلامت بر دوش مردم، بنا نهاد. برای طراحی این برنامه شش ماه کار مداوم و شبانه‌روزی فشرده و با استفاده از کارشناسان داخلی و بین‌المللی انجام پذیرفت. طرح اولیه این برنامه برای فاز اول (بخش درمان) در اسفند ماه ۱۳۹۲ به دولت محترم ارائه گردید و دولت در اردیبهشت ۹۳ برنامه را با اصلاحاتی به تصویب رسانید (۱۷). به موجب این مصوبه قرار بود بود در سال ۱۳۹۳ مبلغ ۶۸۰۰ میلیارد تومان جهت اجرای برنامه‌های ۸ گانه طرح تحول در بخش درمان هزینه گردد.

مهم‌ترین رتوس این برنامه، بیمه کردن افراد فاقد بیمه و پوشش خدمات درمانی در بیمارستان‌های دولتی به نحوی که هزینه پرداختی مردم برای بیمه‌شدگان شهری ۱۰٪ و برای بیمه‌شدگان روستایی ۶٪ باشد (این اعداد پس از اجرای فاز سوم به ۳ و ۶ درصد تقلیل یافت) بود. سایر برنامه‌ها هم در راستای همان اهداف بود؛ یعنی ترویج زایمان طبیعی و حمایت از مردم و ارائه‌کنندگان خدمات زایمان طبیعی، تقویت کلینیک‌های ویژه و ارتقای خدمات ویزیت سرپایی، حمایت از بیماران صعب‌العلاج، حمایت از ماندگاری و مقیمی پزشکان در بیمارستان‌ها و مناطق محروم و ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی. این برنامه‌ها با جدیت تمام در اردیبهشت ۹۳ آغاز گردید. در اجرای این برنامه‌ها چند نکته از نظر روش اجرا مهم و قابل ذکر است:

۱- برای برنامه کاهش پرداخت فرانشیز توسط مردم، مکانیسم پرداخت بودجه کلی^{۱۸} در نظر گرفته شد. در این روش برای جبران هزینه‌های بیمارستانی که به مردم تحمیل می‌شد (و شامل دارو و تجهیزات و خدمات پاراکلینیک خارج بیمارستانی بود) بودجه ثابتی بر اساس کل خدمات بیمه‌ای که در سال ۹۲ توسط آن بیمارستان ارائه شده بود، در نظر گرفته شد. با این روش ضمن این که بیمارستان موظف بود همه خدمات مورد نیاز بیماران را در داخل بیمارستان یا با هزینه‌کرد بیمارستان (موارد خارج بیمارستانی) انجام دهد، هیچ بیماری هم برای هیچ خدمتی نمی‌بایست هزینه اضافی می‌پرداخت. اما با نظام کنترلی بودجه کلی بیمارستان نمی‌توانست هزینه‌های القایی برای وزارتخانه ایجاد کند.

۲- با اجرایی شدن برنامه سازمان غذا و دارو که مسؤولیت تجهیزات پزشکی را هم به عهده دارد (با مصوبه دولت در اختیار تعرفه‌گذاری)، نسبت به قیمت‌گذاری تجهیزات پزشکی اقدام نمود و با این اقدام قیمت اکثر موارد تجهیزات مصرفی کاهش

^{۱۷} مصوبه ۱۹۵۸۴ مورخ ۱۳۹۳/۲/۲۷ دولت یازدهم

^{۱۸} Global budget

^{۱۹} ابلاغیه معاون اول رئیس جمهور در خصوص برنامه تحول (اسفند ۱۳۹۲)

^{۲۰} برنامه تحول حوزه بهداشت ۱۳۹۳

دستمزد پزشک در مطب یا خود بیمارستان دریافت می‌گردید، در اکثر بیمارستان‌های دولتی و غیردولتی عمومی و خیریه هم این دریافت‌ها به رویه‌ای عادی تبدیل شده بود. این موضوع علاوه بر افزایش پرداخت از جیب باعث افزایش هزینه‌های مصیبت‌بار سلامت و افزایش افرادی که در اثر هزینه‌های سلامت به زیر خط فقر می‌افتند شده بود.

برای حل این معضل، بارها دستگاه‌های اجرایی و ناظر برنامه‌ریزی کرده بودند ولی موفق نشده بودند. وزارت بهداشت برای حل این موضوع چند برنامه را در کنار هم اجرایی نمود:

۱- اصلاح تعرفه‌های پزشکی و متعادل‌سازی آن‌ها با اصلاح کتاب ارزش‌های نسبی خدمات سلامت. این کتاب مانند برخی از کشورها مبنای پرداخت هزینه‌های درمانی در بخش سرپایی و بستری در کشور ماست. به این معنا که در نظام کارانه‌ای^{۲۲} خدمات به ازای جزء خدمات جبران می‌شوند و برای هر خدمت تعرفه‌ای تعیین می‌گردد. مبنای پرداخت در این گونه نظام‌ها ارزش نسبی بین خدمات است. مثلاً یک ویزیت ساده یک واحد و یک عمل جراحی واحد دیگری است و نسبت این خدمات با هم سنجیده شده و برای هر کدام ارزشی در نظر گرفته می‌شود. این اعداد در کتاب مربوطه برای خود واحد مشخصی پیدا می‌کنند. برای مثال، عمل جراحی آپاندیسیت ۱۰ واحد و کاتاراکت ۲۸ واحد ارزش پیدا می‌کند. مرحله بعد تعیین ارزش ریالی این خدمات است که این ارزش ریالی همه ساله با مصوبه دولت تعیین می‌شود. برای مثال واحد (k) برای بخش دولتی در سال ۱۳۹۲ مقدار ۸۸۰۰۰ ریال و برای بخش خصوصی ۳۸۰۰۰۰ ریال بوده است. میزان ویزیت‌ها هم هر ساله با توجه به تورم افزایش می‌یافته است. آن‌چه که موجب مشکل در این بخش شده بود دخالت دولت در پایین نگه داشتن رشد تعرفه‌های خدمات پزشکی به دلیل کمبود اعتبارات و عدم بازنگری کتاب ارزش‌های نسبی در طول ۲۰ سال گذشته بود که باعث نابرابری بین خدمات مختلف گردیده بود.

وزارت بهداشت دو اقدام را انجام داد. یکی اصلاح کتاب با توجه به خدمات جدید و تغییر ارزش نسبی خدمات با در نظر گرفتن تغییر نوع خدمات؛ و دوم اصلاح و افزایش پایه و مبنای واحد ارزش‌ها (در برخی خدمات) برای متعادل‌سازی تعرفه‌های پزشکی. در محاسبات اولیه انجام شده این دو اقدام چیزی در حدود ۱۲۰٪ هزینه‌های بستری را در بخش حق‌الزحمه افزایش می‌داد (ارزیابی‌های بعدی نشان داد مقدار افزایش از این کمتر بوده است) که قرار شد این هزینه‌ها از محل هدفمندی یارانه‌ها

این هشت برنامه با ده پروژه پشتیبان از مرداد ماه ۱۳۹۳ آغاز گردید و معاونت بهداشت با همکاری سایر معاونت‌ها و سایر دستگاه‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی توانست در مدتی کوتاه دستاوردهای مهمی را محقق نماید. ویژگی این برنامه‌ها، جامع بودن و اتکا به توانمندی‌های موجود و بهره‌مندی از زیرساخت‌ها و تلاش در تکمیل پوشش شبکه‌های بهداشتی درمانی و اصلاح بسته‌های خدمتی مطابق با نیازهای روز و تأکید بر بار بیماری‌های اصلی فعلی یعنی بیماری‌های غیرواگیر بوده است. همچنین تکنولوژی جدیدی مشابه سیستم بهورزی، برای جوامع شهری طراحی و اجرا شد در این برنامه مراقبین سلامت به عنوان سطح اول تماس در پایگاه‌های سلامت تربیت و بکارگیری شدند. با اجرایی شدن این بخش از برنامه و اولویت حاشیه شهرها که از خدمات بهداشتی درمانی بی‌بهره بودند، محروم‌ترین اقشار از خدمات سلامت بهره‌مند شدند. حجم اقدامات انجام شده در این بخش به قدری زیاد است که فرصت پرداختن به آن‌ها نیست و علاقمندان به این موضوع را به گزارشات مکتوب و به خصوص گزارشات انتهای سال ۹۳ معاونت بهداشت^{۲۱} راهنمایی می‌نمایم.

به طور خلاصه باید بگوییم به عنوان فردی که سال‌ها مسؤلیت اجرایی در حوزه بهداشت و درمان داشته‌ام اقدامات انجام شده در حوزه بهداشت در دو سال گذشته بی‌نظیر بوده است و اهتمام دکتر هاشمی و معاونت مربوطه جدی و اثرگذار بوده و در تحقق اهداف مندرج در برنامه پنجم توسعه و سیاست‌های کلی سلامت، چه از نظر تأمین منابع و چه تکمیل زیرساخت‌ها و آرایه خدمات متنوع می‌توان نمره عالی به این حوزه اختصاص داد و در تحقق هدف ارتقای سلامتی مردم و بهبود شاخص‌های این حوزه با رصد شاخص‌های حوزه بهداشت درستی این ادعا قابل اثبات است.

فاز سوم برنامه تحول سلامت بر کاهش هزینه‌های مردم در بخش‌های بستری دولتی و خصوصی متمرکز بود. این برنامه با کارشناسی گسترده و با عقبه‌ای تحقیقاتی که از دو دهه قبل کار شده بود هزینه‌های غیر متعارف و خارج از تعرفه را مورد هدف قرار داد. چیزی که در میان عامه به زیرمیزی معروف شده بود و در طی سالیان گذشته همواره در حال افزایش بود. با بررسی حساب‌های ملی سلامت و تحلیل اطلاعات آن و سایر مطالعات، چیزی در حدود ۱۴٪ از ۵۳٪ پرداخت از جیب مردم به این بخش اختصاص داشت. علاوه بر بیمارستان‌های خصوصی که افزون بر تعرفه مصوب حق‌العلاج، مبلغی تحت عنوان

^{۲۱} بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش پزشکی

^{۲۲} Fee for service

بیمارستان‌های آموزشی؛ - بسته توسعه و ارتقای زیرساخت‌های آموزش علوم پزشکی.

این بسته‌ها با نگاه به سیاست‌های کلی سلامت و سیاست‌های کلی بخش آموزش عالی ابلاغی مقام معظم رهبری و با نگاه به کسب مرجعیت علمی در منطقه و با نگاه آینده‌نگارانه و نوآورانه طراحی گردیده است. در مقدمه این برنامه در تبیین اهداف طرح چنین آمده است: "با توجه به شرایط کنونی کشور در زمینه بار بیماری‌ها، تغییرات هرم جمعیتی، مسایل اجتماعی و فرهنگی و...، ضرورت تحول در آموزش علوم پزشکی بیش از پیش محسوس بوده و در همین راستا بسته‌های تحول و نوآوری آموزش علوم پزشکی تدوین و نقشه راه روشنی را پیش روی نهادهای مرتبط قرار داده است.

ت) دستاوردهای طرح تحول سلامت

در این بخش برای این که کلی‌گویی نکرده باشم و حرف بدون استناد نزنم به آمارهایی اشاره می‌کنم که توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و با اتکا به مطالعات مرکز ملی آمار منتشر شده است. این مطالعه در دو مقطع شهریور ۹۳ و اردیبهشت ۹۴ منتشر شده و در سایت مؤسسه قابل دسترسی است (۲۳).

در این گزارش‌ها ابتدا اهداف نهایی طرح به این شکل بیان شده است (این مطالعات صرفاً به نتایج فاز اول طرح پرداخته‌اند):

۱- افزایش پاسخگویی نظام سلامت؛ ۲- کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم؛ ۳- کاهش درصد خانوارهایی که به خاطر دریافت خدمات سلامت دچار هزینه کمرشکن شده‌اند؛ ۴- بهبود پی‌آمدهای بیماران اورژانسی؛ ۵- افزایش زایمان طبیعی.

در خلاصه اجرایی طرح، نحوه مطالعه به این نحو شرح داده شده است: "به این منظور در یک دوره فعالیت سه ماهه با همکاری متخصصان بخش سلامت، ۵۳ شاخص تعیین گردیدند که از بین آن‌ها ۱۴ شاخص برای ارزیابی طرح تحول در کوتاه‌مدت انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با این شاخص‌ها با استفاده از منابع مختلفی انجام شد که شامل بررسی رضایت‌مندی بیماران و آرایه‌کنندگان خدمات، دسترسی به سامانه پرونده الکترونیک سلامت (سپاس) و استخراج شاخص‌های مرتبط با حفاظت مالی و بررسی‌ها و استفاده از نظام جاری داده‌های وزارت بهداشت برای شاخص‌های مرتبط با دسترسی به خدمات تخصصی بود".

به سازمان بیمه سلامت پرداخت گردد و سازمان تأمین اجتماعی هم از محل منابع خود این کسری را تأمین نماید.

۲- ایجاد نظام کنترلی برای عدم دریافت حق‌الزحمه افزون بر تعرفه‌های مصوب توسط پزشکان. از آن جا که برای اصلاح کتاب تعرفه، سازمان نظام پزشکی و کلیه انجمن‌های پزشکی مشارکت جدی و فعال داشتند، وزارت بهداشت طی جلسات متعددی با انجمن‌ها و با همکاری سازمان نظام پزشکی سامانه‌ای را طراحی نمود تا امکان دریافت هرگونه هزینه‌ای به عنوان حق‌الزحمه افزون بر تعرفه مصوب مسدود شود و ضمن اطلاع‌رسانی گسترده به مردم، سامانه ۱۶۹۰ از آذرماه سال ۱۳۹۳ شروع به کار کرد. به این طریق میزان قابل توجهی از پرداخت از جیب مردم کاهش یافت و حتی بیش از مبلغی که دولت در هزینه‌های سلامت با اجرای کتاب ارزش‌های نسبی هزینه می‌نمود صرفه‌جویی اتفاق افتاد.

۳- اصلاح نظام پرداخت به پزشکان و پرسنل بیمارستان و ایجاد نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد. این نظام پرداخت قدمی دیگر در پرداخت عادلانه‌تر دستمزد پزشکان و سایر پرسنل بیمارستان بود. هدف این طرح افزایش کارایی و بهبود کیفیت و ایجاد رضایت‌مندی بیشتر در پرسنل و مراجعین بود. مقدمات طراحی این موضوع از چند سال پیش در وزارت بهداشت آغاز و دو پروژه اجرایی در این خصوص در بیمارستان‌های کشور پایلوت شده بود. با مطالعه این دو پروژه و طی جلسات متعددی در نیمه اول و دوم سال ۱۳۹۳، طرح نظام پرداخت عملکردی از ابتدای سال ۱۳۹۴ در کشور اجرایی گردید که البته افت‌وخیزهای زیادی داشت و اکنون در مرحله استقرار می‌باشد.

فاز چهارم طرح تحول سلامت مربوط به بخش آموزش است که طراحی آن از اسفند ماه ۱۳۹۳ آغاز و از مهر ماه ۱۳۹۴ اجرایی گردید. اهم برنامه‌های این مرحله که کار کارشناسی فشرده و عمیق و همه‌جانبه‌ای روی آن انجام گرفته است بدین شرح است:

- بسته آینده‌نگاری و مرجعیت علمی در آموزش پزشکی؛
- بسته حرکت به سوی دانشگاه‌های نسل سوم؛ - بسته آموزش پاسخگو و عدالت‌محور؛ - بسته توسعه راهبردی، هدفمند و مأموریت‌گرای برنامه‌های آموزش عالی سلامت؛ - بسته آمایش سرزمینی، مأموریت‌گرایی، تمرکززدایی و ارتقای توانمندی دانشگاه‌ها؛ - بسته اعتلای اخلاق حرفه‌ای؛ - بسته بین‌المللی‌سازی آموزش علوم پزشکی؛ - بسته توسعه آموزش مجازی در علوم پزشکی؛ - بسته ارتقای نظام ارزیابی و آزمون‌های علوم پزشکی؛ - بسته اعتباربخشی مؤسسات و

^{۲۳} مطالعات مؤسسه ملی تحقیقات سلامت در خصوص طرح تحول سلامت (سایت رسمی مؤسسه ملی سلامت وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)

افزایش هزینه‌ها و عدم پایداری منابع برای تأمین پایدار اجرای طرح را دلیل ناپختگی آن می‌دانند. در خصوص دستاوردهای سایر فازهای طرح تحول هم نکاتی قابل ذکر است:

بخش بهداشت: اقدامات انجام شده در این بخش افزایش قابل توجهی در پوشش خدمات ایجاد کرد. برای مثال در منطقه چهار میلیون نفری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در انتهای آبان ۹۴، پوشش خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مناطق شهری و روستایی به صددرصد رسیده است. سایر دانشگاه‌ها هم در مسیر رسیدن به همین اعداد هستند. پوشش خدمات مراقبت‌های بیماری‌های غیرواگیر در شبکه ادغام شده و خدمات آن در حال گسترش است. مکمل‌یاری در شبکه که به دلیل کمبود بودجه قبل از دولت یازدهم تعطیل شده بود در حال حاضر پوشش کامل دارد. خانه‌های بهداشت بازسازی و نوسازی شده و به پوشش کامل نزدیک شده است. برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران بازنگری شده و برنامه الکترونیک آن در حال تکمیل بوده و توسعه آن به سطح دو و سه در حال پیگیری است. برنامه پزشک خانواده روستایی مورد حمایت قرار گرفته و پوشش حضور پزشک و ماما با حمایت‌های انجام شده ۵۰٪ نسبت به گذشته افزایش داشته است.

دستاوردهای فاز سوم: هرچند این مرحله چالش‌های زیادی را به همراه داشت و موجب نگرانی پزشکان گردید و واکنش‌هایی هم در جامعه پزشکی به همراه داشت، با همراهی قاطبه جامعه پزشکی و سازمان نظام پزشکی باعث برچیده شدن یک عادت زشت و رویه‌ای نازیبا در جامعه پزشکی گردید. طی گزارشی که وزیر بهداشت در یکی از جلسات کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی در این خصوص ارائه نمود اعلام کرد که موارد دریافت زیرمیزی به موارد انگشت‌شمار رسیده است و حتی در آن جلسه وزیر از اعضای کمیسیون درخواست ارائه موارد مستند را نمود تا با این موارد برخورد جدی شود و این ناشی از اطمینان وزیر به کنترل این پدیده (زیرمیزی) و کارکرد مناسب سامانه ۱۶۹۰ بود.

به هر صورت در بخش دستاوردها آن چه می‌توانم خلاصه کنم این است که اجرای این طرح با این درجه از رضایت‌مندی مردم، نشانه کارآمدی نظام است و محصول کار همه دست‌اندرکاران، اعم از دولت و مجلس و کارکنان خدمت‌رسان وزارت بهداشت و نتیجه تدبیر انجام شده در این حوزه است و البته نقش رییس‌جمهور و وزیر بهداشت وی، تعیین‌کننده‌ترین نقش‌ها است.

به طور خلاصه در این مطالعه چهار موضوع بررسی شده است: رضایت‌مندی بیماران، رضایت‌مندی آرایه‌کنندگان، میزان حمایت مالی از مردم و نهایتاً شاخص‌های دسترسی مردم به خدمات.

۱- رضایت‌مندی مردم: در این خصوص میزان رضایت‌مندی مردم از خدمات تخفیف فرانشیز در شهریور ۹۳ نشان داده است که ۷۲٪ مردم راضی بوده‌اند. این اعداد در مطالعه پاییز ۹۳ به ۹۲٪ و در زمستان ۹۳ به ۹۳٪ رسیده است. در سایر موارد هم رضایت‌مندی مردم به همین ترتیب رشد قابل توجهی داشته است.

۲- رضایت‌مندی پزشکان: در این خصوص موارد مختلفی از پزشکان سؤال شده است. از قبیل افزایش تعداد مراجعین، وضعیت محل کار، وضعیت درآمد و چند مورد دیگر که رضایت آن‌ها در مجموع در سه بازه زمانی ذکر شده در بند ۱، ۷۴، ۵۶ و ۷۷ درصد در مجموع سؤالات بوده است (همان منبع ۲۳ صفحه ۳۵).

۳- شاخص دسترسی (میزان ماندگاری پزشکان در مناطق محروم): در این شاخص میزان تمایل به ماندگاری پزشکان مناطق محروم در بازه‌های پس از اجرای طرح از آنان سؤال شده است. پاسخ پزشکان در سه بازه ذکر شده ۴۹ و ۵۹ و ۵۶ درصد تمایل به ماندن در منطقه محروم بوده است (همان منبع صفحه ۶۱).

۴- شاخص حفاظت مالی: در این بخش شاخص پرداخت از جیب مورد بررسی قرار گرفته است:

"شاخص پرداخت از جیب خانوار: این شاخص در جمعیت شهری در بازه‌های مختلف اندازه‌گیری شده ۳ ماهه، به قیمت ثابت سال ۹۰ روند کاهشی متوسط و در جمعیت روستایی روند کاهشی قابل توجه داشته است" (صفحه ۱۲ تا ۱۶ همان منبع).

ث) مقایسه میانگین قیمت ملزومات مصرفی پزشکی در تیرماه ۱۳۹۲ با تیرماه ۱۳۹۳

نتایج مطالعه گذشته‌نگر بررسی پرونده بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب شهر تهران نشان داد که میانگین قیمت ملزومات پزشکی مصرفی در چهار گروه اصلی پزشکی (قلب، ارتوپدی، مغز و اعصاب و چشم پزشکی) در تیرماه ۱۳۹۳ نسبت به تیرماه ۱۳۹۲، به ترتیب ۳۷٪، ۳۲٪، ۳۲٪ و ۴۸٪ کاهش داشته است. در مجموع با نگاه به این مطالعه و نظرسنجی‌های انجام شده از استانداران، ائمه جمعه و نظرسنجی‌های انجام شده توسط سایر ارگان‌ها، رضایت از انجام طرح تحول و نتایج انجام آن بسیار بالا گزارش شده است. این موضوع به قدری مشهود است که حتی منتقدین تند طرح هم به آن اذعان دارند و تنها

ج) چالش‌های موجود بر سر راه ادامه طرح تحول سلامت

از آن جا که اجرایی شدن فازهای چهارگانه طرح تحول از جنبه‌های مختلف دچار افت‌وخیزهایی گردیده است، ادامه آن نیز با توجه به اهداف عالی آن نیاز به شناسایی چالش‌ها و رفع موانع تا رسیدن به اهداف نهایی دارد. مهم‌ترین چالش‌هایی که طرح تحول با آن‌ها مواجه است این موارد هستند:

۱- عدم همکاری سازمان‌های بیمه‌گر، که به صورت تأخیر در پرداخت مطالبات بیمارستان‌های دولتی بروز کرده است، باعث شده است پرداخت‌های پرسنلی بیمارستان‌ها به تأخیر افتاده و عدم رضایت شغلی برای پرسنل ایجاد شود. هم‌چنین پرداخت بیمارستان‌ها به شرکت‌های دارویی و سایر شرکت‌های تجهیزاتی به تأخیر افتاده است.

۲- تأخیر در پرداخت به پزشکان، به خصوص در مناطق محروم باعث کاهش تمایل ایشان به ماندگاری در مناطق محروم گردیده است. این موضوع وقتی تشدید شده است که وزارت بهداشت برای اجرای قانون، اجازه تأسیس مطب را هم به این پزشکان نداده است.

۳- نظام اطلاعاتی بیمارستان‌ها هنوز به بلوغ کامل نرسیده است و عدم هماهنگی بین سامانه‌های مختلف اطلاعاتی مثل سپاس، قاصدک و نرم‌افزارهای HIS درون بیمارستانی امکان پایش موفق و کامل طرح را از درون سخت کرده است و هنوز مطالعات موردی بیرونی برای ارزیابی کارایی و هزینه اثربخشی طرح ضروری است.

۴- علی‌رغم تلاش‌ها هنوز پوشش بیمه‌ای مردم به صددرصد نرسیده است و افراد بدون بیمه، هم خود در معرض آسیب هستند و هم به لحاظ مقررات پرسنل بیمارستانی را دچار زحمت می‌نمایند.

ج) پیشنهادات ادامه طرح تحول و نوآوری‌های لازم برای پویایی آن

نکته مهم و ارزشمند این است که دولت یازدهم به کلیدی‌ترین نیاز مردم پاسخ درست داد. کاهش هزینه‌های مردم در بخش درمان یک اقدام مؤثر و بجا بود که باعث کاهش هزینه‌های

درمانی در سبد خانوار شد و از سقوط خانوارهای زیادی به ورطه فقر جلوگیری کرد. از آن جا که نگاه وزارت بهداشت به برنامه تحول و فازهای چهارگانه آن یک نگاه همه جانبه و همه سویه بوده است، انتظار می‌رود در ادامه هم ضمن پایش دستاوردها و نگاه به نقاط ضعف در پی رفع آن‌ها باشد. آن چه می‌توانم در این جا به عنوان پیشنهاد اجرایی مطرح نمایم این موارد است:

۱- حمایت همه جانبه از برنامه و همه فازهای آن چه به لحاظ مالی و چه حمایت سیاسی، در سطوح بالای تصمیم‌سازی مهم‌ترین رکن موفقیت است. در شرایط کنونی که فضای سیاسی کشور تحت تأثیر دو انتخابات مهم است، می‌بایست همگان از مورد آسیب قرار گرفتن این طرح بزرگ پیشگیری نموده و اجازه ندهند حواشی مختلف، پیشرفت این طرح را تحت تأثیر قرار دهد.

۲- هماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر درمانی در قالب اجرای قانون برنامه پنجم و یکپارچه‌سازی آنان، به خصوص در سیاست‌های اجرایی و سپس ایجاد یک سازمان بیمه واحد سلامت تحت تولیت وزارت بهداشت می‌تواند نابسامانی‌های موجود را در حمایت برنامه‌ای و مالی از این طرح بسامان کند.

۳- پایش مستمر طرح و بازطراحی برای پوشاندن نقاط ضعف و تحلیل مستمر دستاوردها می‌تواند تداوم طرح را تضمین نماید.

۴- تقویت زیرساخت‌ها از طریق آموزش نیروی انسانی کارآمد و بکارگیری منابع غیردولتی برای توسعه بستر ارائه خدمات و سپردن کار مردم به خود مردم و مشارکت آنان در امور پیشگیری و درمان می‌تواند هم هزینه‌های دولت را کاهش دهد و هم با فرهنگ‌سازی مناسب زمینه ارتقای سلامت را فراهم نماید.

آن چه مهم و قابل ارزش است لبخند رضایتی است که بر چهره مردم عزیزمان نقش بسته و بهترین پاداش برای همه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در اقصی نقاط کشور است. امید آن که با تداوم حمایت‌ها و ادامه تلاش خستگی‌ناپذیر تیم اجرایی بخش سلامت، شاهد ارتقای هرچه بیشتر سطح سلامتی مردم عزیزمان باشیم.

Please cite this article as follows:

Emami Razavi SH. Health system reform plan in Iran: Approaching Universal Health Coverage. Hakim Health Sys Res 2016; 18(4): 329- 335.