



گفت وگو با وزیر سابق بهداشت:
**بیماران از بخش خصوصی
رانده و از دولتی مانده اند**

تغییر کانون های هزینه ای سلامت
در گفت وگو با وزیر اسبق بهداشت
مردم فقیرتر می شوند



بآثارو گفتاری از: | علیرضا مرندی | امیر حسین قاضی زاده هاشمی | رسول دیناروند | محمد علی همتی | محمد هادی ایازی |
| فریدون مهبودی | ناصر کلاتری | حسن هویدا | محمدرضا دارابی | محمود یعقوبی |

نظام سلامت

سلامت منابع پایدار می خواهد نه بودجه نفتی

♦ دروغ می گویند که تقاضای القایی افزایش پیدا کرده است

♦ امتیاز بدهید، پزشکان برای مطب زدن وسوسه نشوند

♦ اجرای روش پرداخت DRG یک مرد می خواهد!

♦ تولید در اختیار وزارت بهداشت نیست

ای کاش روزی وزیر بهداشت بهترین اقتصاددان کشور باشد



بررسی طرح تحول
در گفت وگو با دکتر پزشکیان
**وام ۲۴ درصدی برای
تعرفه های بی منبع**

■ اگر به بهداشت هم اعتقاد داشتیم مثل درمان بودجه اش را تامین می کردیم

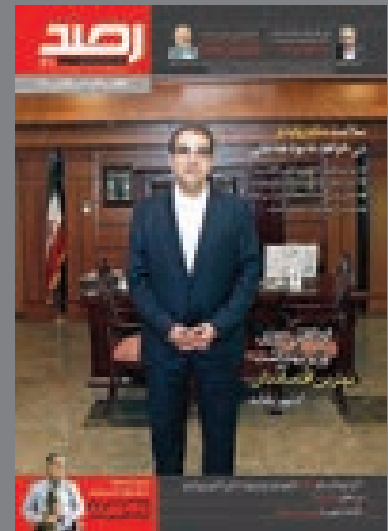
■ بی طرفی طرفدارانه!

■ اقتصاد دارویی با پرچم داری بیوتک



کاری کنید که هیچ بیماری در کشور جز درد بیماری، رنج دیگری نداشته باشد.
«رهبر معظم انقلاب»

نظام سلامت



مدیر مسئول روزنامه خراسان:

محمد سعید احدیان

مسئول دفتر پژوهش و دبیر ویژه نامه:

علی یعقوبی

جانشین دبیر: مهدی پناهی

همکاران این شماره:

مرضیه صاحبی، ملیحه زرین پور

مجید کمالی زاده، سجاد اسماعیلی، علی ذاکری نژاد

کامران تهرانی، آرمان عبداللہی، حسین سجادی

علی احمدی، حسن شرقی، فرزاد پیرویان

مدیر فنی و هنری: سجاد دادخواه

صفحه آرا: حامد همایونی

عکس جلد: عادل عزیزی

عکس: علیرضا بسکادی، حسین حاتمی

صادق ذبیح، میثم دهقانی

آدرس: مشهد، بلوار شهید صادقی

شهید صادقی ۱۸، پلاک ۲۵

ساختمان شماره ۵ روزنامه خراسان، طبقه اول

دفتر پژوهش

صندوق پستی: ۹۱۷۳۵-۵۱۱

تلفن: ۳۷۰۰۹۲۰۲-۳۷۰۰۹۲۰۴

پایگاه تحلیلی دفتر پژوهش:

www.rasad.org



۳۰

گفت و گوی اختصاصی رصد با دکتر مرندي
رئيس فرهنگستان علوم پزشکی

اگر به بهداشت هم اعتقاد داشتیم
مثل درمان بودجه اش را تامین می کردیم

۳۴

سیاست های پیشگیری
و ۱۰۰ استوار دان در نظام سلامت آمریکا

۳۶

مراقب سلامت، کارآمدتر از پزشک خانواده

۴۰

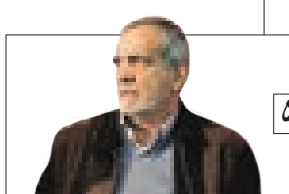
نظام سلامت برنامه ای برای
۸۰ هزار پزشک عمومی ندارد

۴۲

بحران پیران

۴۴

طب سنتی، فرزند ناتنی وزارت



۵۰

بررسی طرح تحول در گفت و گو
با دکتر پزشکیان

وام ۲۴ درصدی
برای تعرفه های بی منبع

۵۶

طرح تحول؛ آنچه قرار بود، آنچه شد

۸۱

شفافیت اطلاعات و خودکنترلی
در نظام سلامت

۷۸

طرح تحول را باید بیمه ها
اجرا می کردند نه وزارت بهداشت

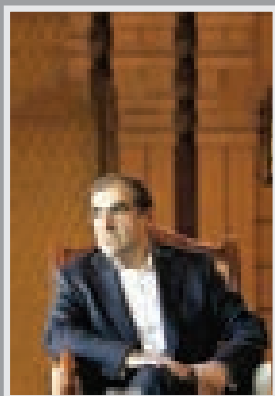
۵۹

چرا زیرمیزی ریشه کن نشد؟!

۶۲

پرستاران نیازمند پرستاری





۱۲

تولیت واحد در نظام سلامت در گفت و گو با اختصاصی رصد
با وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پولم آرزوست

۲۲

تغییر کانون هزینه های درمان از بیمارستان ها به بخش سرپایی

مردم فقیرتر می شوند

گفت و گو با وزیر اسبق بهداشت، کامران باقری لنگرانی

۱۶

دستاوردهای نظام سلامت بعد از انقلاب

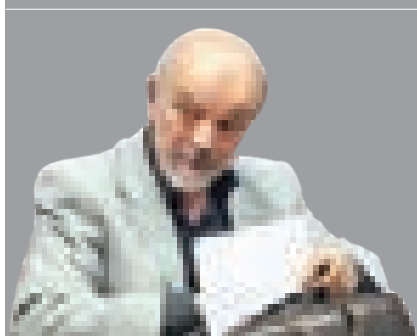
۲۶

شبکه مسائل نظام سلامت

۱۸

گفت و گو با وزیر سابق بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بیماران از بخش خصوصی رانده و از بخش دولتی مانده اند



۱۰۲

گفت و گو با معاون

وزیر بهداشت

مشارکت های مردمی

در نظام سلامت؛ بدون ساختار



۸۶

گفت و گو با معاون وزیر بهداشت
و رئیس سازمان غذا و دارو

وابستگی دارویی

۹۰

نظام دارویی؛ از تولید وابسته تا مصرف القائی

۹۲

قیمت گذاری دارو در ایران
واقعی یا غیر واقعی؟

۹۶

اقتصاد دارویی با پرچم داری بیوتک

۹۴

دغدغه های تولیدکنندگان وطنی
تجهیزات پزشکی

۸۹

سازمان غذا و دارو، حاکمیت یا اجرا؟

۱۰۷

تامین منابع مالی؛

از طب ملی تا بازار آزاد

۱۰۸

ایران بهشت پزشکان متخصص

۱۱۰

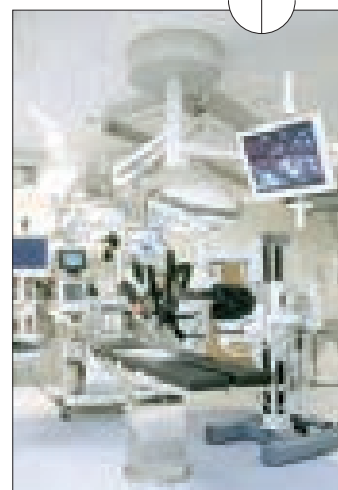
اختلاف بر سر تولیت و تجمیع بیمه ها

۱۱۶

فعالیت همزمان در بخش خصوصی
و دولتی؛ امکان فساد در برزخ قانونی

۱۱۸

۶ روش پرداخت
در نظام سلامت





لطفا اشتباه برداشت نکنید!

یادداشت
مهدی پناهی

◆◆◆ نظام سلامت؛ از قبل از تولد تا مرگ

امروزه زندگی افراد زیادی در دستان نظام‌های سلامت قرار دارد. از تولد بی‌خطر یک نوزاد سالم گرفته تا مراقبت‌های دوره سالمندی، نظام‌های سلامت مسئولیتی حیاتی و مداوم نسبت به افراد جامعه در دوره زندگی‌شان دارند؛ بنابراین وجود نظام‌های سلامت برای رشد سالم جوامع و شکوفایی استعداد آن‌ها ضروری است.

◆◆◆ انسان سالم محور رشد اقتصادی

در اهمیت نقش دولت‌ها نیز باید گفت، مسئولیت‌نهایی عملکرد نظام سلامت بر عهده دولت است. مدیریت دقیق و مسئولانه تندرستی جامعه (همان تولید) جوهره یک دولت خوب است. انسان سالم محور رشد اقتصادی هر کشور و اولویت ملی است، بنابراین مسئولیت دولت در این امر دائمی و مداوم است. در ایران تولید نظام سلامت دارای نقص‌های بی‌شماری است که در این ویژه‌نامه به تفصیل صحبت شده است اما با این حال بایستی دوباره بر مسئله اساسی دیگری تاکید کرد، بر اساس مطالعات صورت گرفته به ازای هر ۱۰۰۰ تومان سرمایه‌گذاری در حوزه بهداشت و پیشگیری ۷۰۰ تومان صرفه‌جویی در کل مخارج نظام سلامت صورت می‌گیرد. از این‌رو توجه و تمرکز در این حوزه مهم توسط هر دولتی باید سرلوحه کار قرار گیرد.

◆◆◆ از تجربه موفق شبکه‌های بهداشت ابتدای انقلاب درس بگیریم

تجربه موفق شبکه‌های بهداشت بعد از انقلاب اسلامی یکی از دستاوردهای ارزشمند جمهوری اسلامی در حوزه پیشگیری از بیماری‌های واگیردار بوده است؛ اما با توجه به تغییر بار بیماری‌ها به سمت بیماری‌های غیرواگیر لازم است تا سیاست‌های مدونی در جهت پیشگیری از این نوع از بیماری‌ها نیز تدوین گردد چرا که هزینه تشخیص، کنترل و درمان این قسم به مراتب بیش‌تر است و نیاز به فناوری و دستگاه‌های پیشرفته دارد.

◆◆◆ افزایش بودجه منجر به افزایش سلامتی می‌شود؟

ذکر این نکته واجب است که اگرچه افزایش بودجه در نظام سلامت سبب بهبود اوضاع آن می‌شود اما بر اساس مطالعات صورت گرفته یک رابطه صرفاً مستقیمی بین افزایش هزینه در نظام سلامت و افزایش سلامتی مردم وجود ندارد. به‌طوری‌که نمودار رابطه هزینه و سلامتی مردم ابتدا صعودی است اما در نقطه‌ای به حالت ایستا می‌رسد.

سپس حالت نزولی به خود می‌گیرد. بدین معنی که با افزایش هزینه، سلامتی مردم بهبود نمی‌یابد. به بیان دیگر کارایی یک نظام سلامت شامل دو فاکتور اصلی است: یکی منابع مالی و

◆◆◆ ما چه کرده‌ایم؟

نزدیک به دو سال و نیم از عمر دولت یازدهم می‌گذرد، طی این مدت مهم‌ترین تفاوت رخ داده در حوزه سلامت توجه چشمگیر رسانه‌ها، مردم و مسئولین به موضوع سلامت است. این تغییر را شاید بتوان حاصل گسترش ارتباطات به‌ویژه در فضای مجازی دانست. علاوه بر این فعالیت رسانه‌ای وزارت بهداشت و شخص وزیر به گونه‌ای بود که سلامت در کانون توجه کل کشور قرار گرفته است، در این میان برخی ساده‌ترین مسائل همچون کشیده شدن چند بخیه یا مشکلات بین پزشک و بیمار را بزرگ کرده‌اند و برخی بزرگ‌ترین طرح دولت یعنی تحول نظام سلامت را مورد نقد و بررسی قرار داده‌اند، شخص وزیر هم علاوه بر صراحت گفتار در بیان مشکلات سلامت حضوری فعال در فضای مجازی دارد.

◆◆◆ حواشی که پای وزارت را می‌گیرد

این تحولات و اتفاقات فی‌نفس هیچ‌گونه مشکلی ندارند، چه بسا سبب گفتمان سازی سلامت‌محوری و توجه به مناطق محروم شود، اما این آش‌وقتی شور می‌شود که در کنار اجرای طرح بزرگی به اسم تحول نظام سلامت که به همراه بودجه وزارت بهداشت نزدیک به یک چهارم بودجه عمومی کشور را به خود اختصاص داده است، این وزارتخانه کلیدی درگیر حواشی دیگری هم بشود تا جایی که جریان رسانه‌ای حامی دولت، سودای ریاست جمهوری وزیر بهداشت را هم پیش‌بینی کنند.

◆◆◆ دفاع و حمله مطلق

در کنار این فضای سیاست زده، مسئله تبلیغات وسیع وزارت بهداشت بر طرح تحول نظام سلامت و عدم تعامل مناسب این وزارتخانه با منتقدین طرح سبب شکل‌گیری رقابتی دوسویه شود که مردم همچون طنابی توسط دو طرف کشیده می‌شوند، یک‌سوی این طناب وزیر بهداشت و دفاع مطلق وی از طرح تحول و سوی دیگر منتقدینی است که وزیر را پولدار، حامی صنف پزشکان و درمان‌محور می‌دانند، در این بین مردم و انتقادات واقعی قربانی می‌شوند.

مصاحبه‌های چند ماه اخیر وزیر بهداشت به‌خوبی مؤید این فضای تلخ است و بارها شاهد صحبت‌های تند وی علیه

منتقدین بودیم، از بی سواد خواندن برخی منتقدین تا جایی که گویی همواره جریان پشت پرده وجود دارد که علیه وزارت بهداشت فعالیت می‌کند و حتی قاضی‌زاده‌هاشمی به گزارش‌های وزارت اطلاعات در این زمینه اشاره کرده است.

♦♦♦ طرح تحول و وزیر تک دوره‌ای

همین حواشی در حالی است که سلامت به همراه سیاست خارجی دو اولویت مهم دولت یازدهم هستند، شاید وزیر بهداشت طی همین دو سال آن قدر تحت فشار بوده که در مصاحبه نوری با یکی از رسانه‌ها خطاب به سیاسیون می‌گوید: «بعد از این دوره هم خیالشان راحت باشد، این آخرین حضور من در این عرصه است و با افتخار آرزو می‌کنم که یک ایرانی شرافتمند باقی بمانم و یک پزشک درستکار برای مردم ایران باشم. آن را هم با هیچ چیزی عوض نمی‌کنم.»

و حتی در پاسخ به این سؤال که اگر دوباره رئیس‌جمهور پیشنهاد وزارت بدهند، چه می‌کنید، می‌گوید: «به ایشان گفته‌ام که اگر چه که لیاقت نداشته‌ام ولی فقط همین دوره را به قصد کمک در خدمتشان هستم.»

♦♦♦ ثبات سیاست و مدیریت در کشورهای صاحب سبک

سلامت مردم آن قدر مهم هست که ریشه‌یابی به وجود آمدن فضای این چنینی گفتاری دیگری را می‌طلبد ولی واقعیتی دریافتی از این فضا این است که در این دولت برای حل مشکلات ساختاری که در ابتدا اشاره کوتاه شد و به تفصیل در ویژه‌نامه رصد آمده، اقدام قابل توجهی نشده است و بدتر از آن به خوبی روشن می‌شود که نه تنها در دولت‌های گذشته بلکه در وضعیت فعلی که توجه و بودجه دولت یازدهم در حوزه سلامت متمرکز شده است، سلامت در کشورمان سیاست واحدی ندارد و همواره عوامل خارج از سیستم سلامت بر آن تأثیر می‌گذارند، در حالی که در کشورهای صاحب سبک چندین دهه بر روی سیاست‌های سلامتشان کار کرده‌اند، نمونه نزدیک شاید کشور ترکیه باشد که حداقل ده سال وزیر بهداشتش تغییر نکرده است.

♦♦♦ سیاست‌های کلان سلامت را مینا قرار بدهیم

شاید انتظار ثبات مدیریتی در وزارت بهداشت در کشورمان خیلی به جا نباشد اما حداقل در حوزه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بایستی به یک وحدت رویه برسیم. آنچه در ۳۷ سال گذشته رخ داده است، برای پرهیز از تکرار اشتباهات گذشته به جای خود قابل بررسی است اما بایستی ابلاغ سیاست‌های کلان سلامت را نقطه مبنایی برای آینده گذاشت. سیاست‌های کلانی که متأسفانه علیرغم این که همزمان با روی کار آمدن دولت یازدهم و تدوین برنامه وزارت بهداشت، ابلاغ شد اما در طرح تحول کمتر به آن پرداخته شده است، طرحی که امروز حتی همراهان اولیه خود اعم از نمایندگان مجلس و سایر دستگاه‌ها را نیز ندارد.

♦♦♦ طرح تحول به ضد خود تبدیل نشود

علاوه بر این طرح تحول هم به اعتقاد بسیاری از همان ابتدا هم یک طرح تحولی در نظام سلامت در راستای مشکلات ساختاری نبود، بلکه یک سیاست افزایشی متکی بر بودجه‌های نفتی بود، وزیر بهداشت نیز به این ناپایدار بودن منابع بارها اشاره کرده است، بی جهت هم نبود که رهبر معظم انقلاب در سال اول اجرای این طرح تأکید کردند که «باید این طرح پشتیبانی شود و ادامه یابد؛ ضمن آن که مراقبت شود برخی تصمیم‌ها، این طرح را به ضد خود تبدیل نکند.»

♦♦♦ دولت مصمم، نمایندگان ناظر

دولت همچنان مصمم به استمرار طرح خود در نظام سلامت است، این را هم رئیس‌جمهور، هم معاون اولش و هم وزیر بهداشت اعلام کرده است، لذا به نظر می‌رسد در یک سال و نیم باقی مانده نیز نباید انتظار تغییرات خاصی در راستای حل مشکلات ساختاری سلامت داشت اما از نمایندگان مجلس و سایر برنامه‌ریزان انتظار می‌رود که ناظر و پیگیر تحقق سیاست‌های ابلاغی سلامت باشند و افکار عمومی و نخبگان نیز مطالبه‌گر این مسائل باشند، وگرنه روندی که منجر به پرداخت از جیب نزدیک به ۷۰ درصدی در ۳۷ سال گذشته و نارضایتی مردم شده است، به شکلی دیگر ادامه خواهد داشت.

♦♦♦ اشتباه برداشت نکنیم!

برخلاف برداشت وزیر بهداشت، دکتر قاضی‌زاده‌هاشمی که در مصاحبه‌اش با رصد، سوالات ما را ناشی از نگاه منفی‌مان به رفتار جامعه پزشکی می‌داند، تلاش شده بدون سوءگیری به ایرادات و نواقص نظام سلامت بپردازیم، بیان این نواقص به معنی نادیده گرفته شدن، جایگاه ویژه پزشکان، پرستاران و سایر کادر درمان متعهد و با اخلاق و همچنین تلاش بی‌سابقه وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیست. بی شک افزایش رضایت‌مندی مردم هنگام مراجعه به بیمارستان‌های دولتی و افزایش زایمان طبیعی ولی در حد چند درصد، اقدام قابل تحسینی است چرا که به گفته خود مسئولین، همین افزایش چند درصدی که مختص به زایمان اولی‌ها بوده، سبب می‌شود که در آینده نیز شاهد افزایش و استمرار زایمان طبیعی باشیم، یا در حوزه هتلینگ، به هر حال رسیدگی‌ها تا حدودی وضعیت نامناسب برخی بیمارستان‌ها را بهبود بخشیده است، از جمله بیمارستان قائم مشهد که بیماران در راهروهای بخش و بر روی تخت‌های نامناسب بستری می‌شوند.

♦♦♦ انتقادات ما چیست؟

موارد انتقادی روش‌ها و سیاست‌های کلانی است که در دراز مدت تأثیرات نامطلوبش نمایان می‌شود یا در آینده پی خواهیم برد که تأثیرات مطلوبش با هزینه زیادی بوده است و مرقون به صرفه نیست. این انتقاد کردن به هیچ وجه نباید به معنا خدشه وارد کردن به جامعه محترم پزشکی برداشت شود، جامعه‌ای که نامورانی همچون دکتر شیخ الگویشان است، همان کسی که میزان حق ویزیت طباطبایش، بسته به وسع مالی بیماران داشت و حتی آن‌هایی که هیچ نداشتند با سرنوشابه حق ویزیت او را می‌پرداختند، او آنقدر به این مسائل توجه داشت که این سرنوشابه‌ها را ضد عفونی می‌کرد و در اطراف مطبخ می‌گذاشت تا مردمی که مجبورند از آن استفاده کنند، دچار بیماری نشوند.

♦♦♦ یادی از پزشکان و پرستاران فداکار

امثال دکتر شیخ در جامعه پزشکی فراوان و گمنام‌اند، تنها هر از چندگاهی خبرهایی از فداکاری برخی از آنان آن هم ابتدا به صورت غیررسمی منتشر می‌شود، آن پزشکی که در نسخه بیمار بی‌سوادش شماره خودش را می‌نویسد تا داروخانه هزینه دارو را نگیرد یا پرستار نیشابوری که در شیوع آنفلوآنزا دچار بیماری شد و فوت کرد یا امدادگرانی که در حادثه سقوط بالگرد در فروردین ماه به شهادت رسیدند، بی شک همه این فداکاری‌ها با اقدامات قشر اندکی از پزشکان که به دنبال منافع خود و سوء استفاده از درد بیماران هستند، قابل قیاس نیست. پس لطفاً اشتباه برداشت نکنید، انتقاداتی که در این ویژه‌نامه مطرح می‌شود، موضوعاتی است که حتی خود وزیر محترم نیز بارها به آن اذعان کرده است و ما نیز به دنبال ارائه راهکارهای مناسب حل این موضوعات بوده‌ایم.



چون حساب ملی سلامت هنوز رسماً نمی‌تواند اعلام شود، ما نیز نمی‌توانیم به صورت دقیق این مسئله را اعلام کنیم ولی بر اساس بررسی کامل مرکز آمار ایران که از روی مسائل مربوط به هزینه خانوار انجام شده یا اطلاعات بانک مرکزی و بر اساس مطالعات ما پرداختی از جیب مردم به صورت قابل توجهی با اجرای طرح تحول کاهش یافته است. روزی که مجاز به اعلام درصدها باشیم برای آن یک جشن ملی برگزار خواهیم کرد. وزارت بهداشت در مقامی نیست که در هر اظهار نظری پاسخ دهد ولی اگر صحبت‌های افراد مبنای علمی داشته باشند کاملاً استقبال می‌کنیم و جهت تصحیح آن نیز اقدامات لازم را انجام می‌دهیم. ما معتقدیم که در بیمارستان‌های دولتی پرداختی از جیب مردم از ۴۷ درصد به ۶ درصد و در شهرها تا ۳ درصد در روستاها رسیده است.

واکنش قائم مقام وزارت بهداشت به افزایش قدر مطلق پرداخت از جیب مردم

فعال نمی‌توانیم حساب ملی سلامت را اعلام کنیم



معاون درمان وزارت بهداشت مدعی شد:

صفر شدن زیرمیزی در ۵۷۰ بیمارستان

با صراحت می‌گویم زیرمیزی در ۵۷۰ بیمارستان وزارت بهداشت در سال ۹۴ نداشته‌ایم و این موضوع دائماً در حال رصد است و اگر حتی یک مورد باشد بلافاصله برخورد قانونی می‌کنیم. برداشتن زیرمیزی همچون عمل یک جراحی بزرگ بود، اگر ۲ سال پیش این موضوع مطرح می‌شد به عنوان یک افسانه و آرزو از آن یاد می‌شد ولی خوشبختانه امروزه در بخش دولتی میزان زیرمیزی گرفتن پزشکان نزدیک به صفر است. مردم هم از طرح تحول رضایت دارند، جراحی قلب باز اقدامی فوق العاده تخصصی و پرهزینه به شمار می‌رود که قبل از اجرای طرح تحول در بیمارستان ۴۵ میلیون تومان در صندوق از مردم پول دریافت می‌شد ولی اکنون این رقم به ۴۵۰ هزار تومان رسیده است یعنی ۱۰ درصد کمتر شده لذا مردم این را لمس کرده و از اجرای طرح رضایت دارند.

رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، رشته‌های وزارت بهداشت را پنبه کرد

نیازی به افزایش تعرفه‌ها تا ۳ سال آینده نیست

بر اساس قانون باید وضعیت تعرفه‌های پزشکی قبل از پایان سال تعیین تکلیف شود اما متأسفانه هنوز این تعرفه‌ها تعیین نشده است.

زمانی که قانون به درستی اجرا نشود ممکن است تخلف نیز رخ دهد و لذا گاهی برخی پزشکان به صورت خودسرانه تعرفه‌ها را افزایش می‌دهند.

متأسفانه بین وزارتخانه بهداشت و درمان و وزارتخانه تعاون، کار و رفاه اجتماعی اختلاف نظری بر سر تعیین درصد تعرفه‌ها وجود دارد که امیدواریم هر چه



سریع‌تر این اختلاف حل شود. با حل اختلاف میان وزارتین می‌توان از بروز تخلفات بعدی جلوگیری کرد. تا تخلفات بعدی شکل نگیرد.

طبق قانون بر اساس تورم سالیانه، تعرفه‌های پزشکی هم هر ساله باید افزایش پیدا کند اما به نظر می‌رسد با توجه به اینکه در کتاب ارزش گذاری نسبی خدمات، تعرفه‌های پزشکی به طور چشمگیری افزایش پیدا کرد لذا نیازی نیست تا ۲ الی ۳ سال آینده تعرفه‌های پزشکی افزایش یابد.

واقعیت آن است که بعد از اعلام تعرفه‌ها در کتاب ارزش گذاری نسبی خدمات، هزینه‌های خدمات سرپایی افزایش چشمگیری پیدا کرد در حالی که بیمه‌ها نیز حمایت کافی از آن ندارند و به همین سبب اکنون پرداختی از جیب مردم نیز افزایش یافته است.

مجلس در اجرای طرح تحول سلامت با دولت همکاری کرد اما اکنون بصورت جدی نگران تامین منابع مالی این طرح هستیم. واقعیت‌ها نیز نشان می‌دهد تا شش یا یکساله آینده نمی‌توانیم انتظار داشته باشیم توافق هسته‌ای گشایش مالی زیادی را در کشور ایجاد کند.

00



0



00

معاون اجرایی رئیس جمهور:

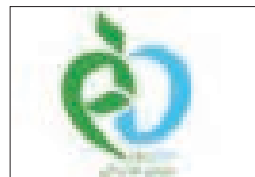
سلامت، سومین عامل رضایت مردم از دولت!

در نظر سنجی‌هایی که از مردم انجام شده است مردم پس از نقش دولت در بازگردان کشور به جایگاه واقعی با اجرای برجام و برداشتن تحریم‌ها و نیز مطلوب‌تر شدن وضعیت اقتصادی، اصلاحات حوزه سلامت را سومین عامل رضایت از دولت اعلام کرده‌اند. با اجرای طرح تحول سلامت، پرداخت از جیب مردم روستاها در بیمارستان‌ها به کمتر از پنج درصد کاهش یافته و در شهرها نیز به همین نسبت پرداخت مردم در بیمارستان‌ها کمتر شده است.

0

شورای عالی سلامت و امنیت غذایی دائمی شد

نمایندگان با دائمی شدن تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت مواد غذایی موافقت کردند. این شورا با وظایفی مانند: سیاستگذاری برای ارتقای سلامت و امنیت غذایی و سلامت مواد غذایی صادراتی و وارداتی، بررسی و تصویب برنامه‌ها و تدابیر بخشی و فرابخشی در اجرای سیاست‌های ناظر بر سلامت و امنیت غذایی، تعیین و پایش شاخص‌های اساسی سلامت و امنیت غذایی، تصویب استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای، تصویب برنامه اجرایی سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت تشکیل می‌شود.



این سامانه تمام اطلاعات مربوط به دارو، تجهیزات پزشکی، مکمل‌ها و لوازم بهداشتی و سایر کالاهای سلامت را به‌روز و به لحظه می‌کند. در این سامانه تمام اتفاقات قابل‌رؤیت است به‌عنوان نمونه اگر فروش یک کالا برخلاف روال معمول باشد و قیمت آن بالا رود به‌راحتی قابل‌تشخیص است و همه اطلاعات به‌صورت برخط، ثبت می‌شود و نیز موجودی دارو، تجهیزات و سایر کالاهای سلامت به‌راحتی قابل‌رصد است. امیدوارم این سامانه تا پایان دوره دولت یازدهم اجرا شود تا مردم اثرات و نتایج آن را مشاهده کنند. همچنین کنترل اصالت فرآورده‌ها قطعاً بر صحرای قاچاقچیان تنگ خواهد کرد و این امکان را برای مردم فراهم می‌کند تا بتوانند کالاهای اصیل را از کالاهای تقلبی و قاچاق تشخیص دهند. برنامه کنترل اصالت فرآورده‌ها را با طرح برچسب اصالت و یا طرح شبنم متفاوت است.

وعدۀ رئیس سازمان غذا و دارو راه‌اندازی سامانه جامع کالاهای سلامت و کنترل اصالت فرآورده‌ها

هیوندای و دوو کره جنوبی در شیراز بیمارستان می‌سازند!



مقامات صنعت بانکی کره اعلام کردند، دو شرکت مهندسی و ساخت هیوندای و پوسکودو کره جنوبی به همراه بانک صادرات و واردات این کشور قصد دارند، تا برای دانشگاه علوم پزشکی شیراز یک بیمارستان احداث کنند. در آینده نزدیک توافق ساخت این بیمارستان هزار تخت‌خوابی بین طرف‌های کره‌ای و وزارت بهداشت به امضا خواهد رسید.

کتون او-جون مدیرعامل شرکت پوسکو، کیم یانگ سنگ مدیر شرکت پوسکودو و همچنین چونگ سو هیوان مدیرعامل شرکت هیوندای به همراه لی دوک‌هونگ مدیرعامل بانک صادرات و واردات کره جنوبی ماه آینده برای امضای توافق نامه ساخت این بیمارستان هزار تخت‌خوابی با وزارت بهداشت ایران به کشورمان سفر خواهند کرد. دو شرکت پوسکودو و هیوندای توانسته‌اند نظر دولت ایران را در زمینه ساخت این بانک جلب کنند. اگریم‌بانک یا همان بانک صادرات و واردات کره جنوبی نیز حجم قابل توجهی از بودجه مورد نیاز برای ساخت این بیمارستان را تأمین خواهد کرد.

همچنین آن‌ها قرار است یک بیمارستان ۱۲۰۰ تخت‌خوابی را برای مرکز تحقیقات قلبی و عروقی و پزشکی شهید رجایی در تهران احداث کنند. شرکت هیوندای کره مسئولیت ساخت این بیمارستان را بر عهده داشته و هزینه ساخت بیمارستان هزار تخت‌خوابی در شیراز حدود ۵۰۰ میلیون دلار برآورد شده است که ۸۵ درصد از این مبلغ را بانک صادرات و واردات کره تأمین خواهد کرد. شرکت پوسکودو نیز مسئولیت تجهیز این بیمارستان را بر عهده خواهد داشت. این شرکت همچنین در پروژه ساخت بیمارستان مهدیه در تهران همکاری خواهد کرد.

نوبخت پیشنهاد داد:

تشکیل مثلث وزارت بهداشت، سازمان مدیریت و سرمایه‌گذاران داخلی

سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور برای رسیدن به رشد اقتصادی هشت‌درصدی و جلب سرمایه‌گذاری‌های داخلی در همه بخش‌ها از جمله بخش سلامت، از هر گونه حمایت و ارائه تسهیلات دریغ نمی‌کند و پیشنهاد می‌کنیم مثلث وزارت بهداشت، سازمان مدیریت و سرمایه‌گذاران داخلی برای ساماندهی این حوزه تشکیل شود. اکنون سرمایه‌گذاران بخش خصوصی نیز انتظارات به حقی دارند که باید با اراده و تدبیر دولت و ایجاد فضای کسب و کار مناسب فراهم شود. برای این کار پیشنهاد می‌کنم مثلثی متشکل از وزارت بهداشت، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاران داخلی تشکیل شود تا دستورالعمل‌های لازم را برای جلب مشارکت‌های مردمی اصلاح کنیم.

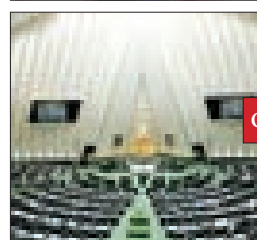
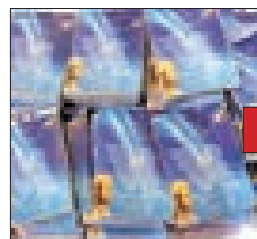
مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران:

شمارش معکوس برای پولی شدن بیمه سلامت

از سال جاری تغییراتی در روند پوشش بیمه‌ای افراد لحاظ خواهد شد. ۸۵ تا ۹۰ درصد افرادی که تحت پوشش بیمه همگانی رایگان قرار گرفتند درآمدی کمتر از یک میلیون تومان دارند و از افشار آسیب‌پذیر به شمار می‌آیند، دولت در نظر دارد این طرح را همچنان برای کسانی که درآمد کمتری دارند به صورت رایگان ادامه دهد. اما در سال ۹۵ این گروه در پرداخت حق بیمه خود مشارکت می‌کنند. تقریباً ۱۰ درصد از بیمه‌شدگان مشمول طرح مشارکت می‌شوند.

شورای عالی بیمه سلامت، مسئول تعیین تعرفه خدمات سلامت

مجلس مقرر کرد که شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیات وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص در کشور با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و میانی محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیر دولتی در شرایط رقابتی اقدام کند.





قرار است در پایان برنامه ششم سهم داروهای تولیدی از بازار حداقل ۷۵ درصد شود



حضور گروه‌های جهادی دانشجویان پزشکی فرصتی برای محرومیت زدایی و پیشگیری از بیماری‌ها



اعتراض پرستاران به آنچه که بی‌عدالتی خوانده می‌شود در طرح تحول نظام سلامت



افتتاح پایگاه‌ها و مراکز جامع خدمات سلامت یکی از بسته‌های برنامه تحول بهداشت



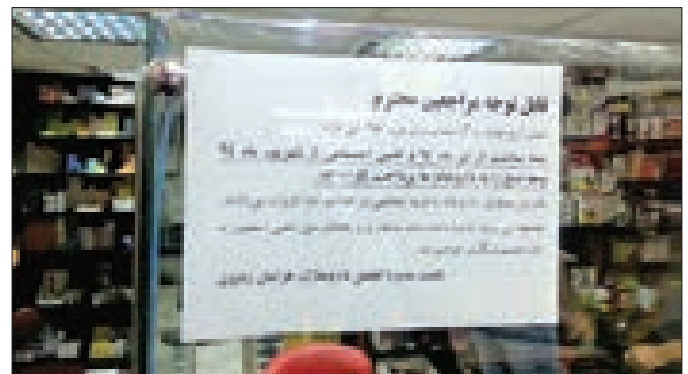
هر هزار تومان سرمایه‌گذاری در بهداشت ۷ هزار تومان صرفه جویی در نظام سلامت



بالاجرای طرح تحول میزان مراجعه به بیمارستان‌های دولتی افزایش یافته است



افتتاح خط تولید داروهای مایع و نیمه جامد با حضور وزیر کار



واکش یک داروخانه به تاخیر چند ماهه بیمه‌ها در پرداخت مطالبات در طرح تحول نظام سلامت



حضور خیره بسیار چشم پزشکی و دندان پزشکی در مناطق محروم سیستان و بلوچستان



بستری بیماران در راهرو به علت افزایش بار کاری در طرح تحول نظام سلامت - بیمارستان قائم مشهد



شباهت برنامه obamacare با برنامه سلامت دولت یازدهم



قرار است با خرید ۲ هزار آمبولانس جدید، ۵۰ بالگرد و ۲۰۰ موتور آمبولانس اورژانس متحول شود

سلامت در آینه اعداد

۲۰

درصد

خوش بینانه‌ترین آمار
ورزش در ایرانیان

۶۵۰۰

میلیارد دلار

گردش مالی سلامت
در دنیا و بیشتر از بازارهای
نظامی و نفتی

۳۰۰۰

میلیارد تومان

برای کاهش سهم
پرداختی از جیب مردم در
بیمارستان‌های دولتی از
۳۷ درصد به حدود
۴۰.۵ درصد

۱۱۰۰۰

میلیارد تومان

گردش مالی دارو
در کشور

آقاجانی
معاون درمان
وزارت بهداشت



چالش نیروی انسانی وراهکار وزارت بهداشت

کمبود نیروی انسانی در بخش پرستاری و اورژانس پیش بیمارستانی، سیستم نظام ارائه خدمات درمانی کشور را رنج می‌دهد، راهکار وزارت بهداشت برای سال ۹۴ هیئت‌امنایی کردن بیمارستان‌هاست، کمبود نیروی انسانی با اجرای طرح تحول سلامت بیشتر احساس می‌شود، چون انتظارات مردم بیشتر شده و البته انتظارات به حق است. لذا، برای پاسخ‌دهی به حق، بایستی نیروی انسانی را کامل کنیم که راهکار ما برای سال ۹۴ و سال‌های بعد، هیئت‌امنایی کردن بیمارستان‌های دولتی است. تا خود هیئت‌های امناء اقدام به استخدام نیروی انسانی مورد نیازشان کنند. هیئت‌امنایی شدن بیمارستان‌های وزارت بهداشت، یکی از تکالیف برنامه پنجم توسعه کشور است. ولی آن اتفاقی که تا حالا افتاده، این بوده که هیئت‌امنایی شدن واقعی و کاملی نبوده است. به این معنی که اختیارات اداری و مالی کاملی به هیئت‌امناء داده نشده و بیشتر شکلی و اسمی بوده است.

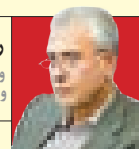
ابوترابی فرد
نائب رئیس مجلس
شورای اسلامی



بیش از یک چهارم منابع بودجه‌ای کشور در اختیار وزارت بهداشت!

بیش از یک چهارم منابع بودجه‌ای کشور در اختیار وزارت بهداشت قرار گرفته و ادامه این روند امکان‌پذیر نخواهد بود و در حالی که با مشکلات جدی در بخش بودجه‌ای مواجهیم اگر به افزایش بهره‌وری توجه نشود، نمی‌توانیم مسیر طرح تحول سلامت را ادامه دهیم. در سال ۹۱ بودجه وزارت بهداشت حدود ۱۶ هزار میلیارد تومان بود و در سال ۹۴ این مبلغ به بیش از ۵۸ هزار میلیارد تومان افزایش یافت، در حالی که ما با مشکلات جدی در عرصه بودجه‌ریزی کشور مواجهیم. چرا موج نارضایتی در میان کارمندان بسیاری از وزارتخانه‌های دیگر وجود دارد؟ این نارضایتی‌ها از پرداخت حقوق به خاطر بی‌عدالتی شفاف در برخی وزارتخانه‌هاست و باید بپذیریم که ما با نوعی بی‌عدالتی در نظام پرداخت به خصوص در وزارت بهداشت مواجه هستیم و باید وزیر محترم توجه کنند که مدیریت متکی بر منابع راه اداره کشور نیست و مدیریت مبتنی بر دانش و بهره‌وری تنها راه نجات از شرایط کنونی است.

ربیعی
وزیر تعاون، کار
ورفاه اجتماعی



سهم ۸۰ درصد بیمه‌ها در طرح تحول

بیش از ۸۰ درصد بار مالی طرح بر روی دوش بیمه‌ها هست و راهی جز تثبیت مسیر پزشک خانواده و نظام ارجاع نیست. بدون استفاده از راهکار پزشک خانواده و نظام ارجاع امکان تداوم طرح تحول نظام سلامت و برنامه پوشش بیمه سلامت همگانی ممکن نیست. به عنوان هدف اول این طرح پوشش بیمه‌ای افراد فاقد هرگونه بیمه را هدف خود قرار داد. هدفی که اگر محقق نمی‌شد عملاً شیرینی طرح تحول نظام سلامت در کاهش هزینه‌های بیمارستانی حس نمی‌شد. ما در این طرح بیش از ده میلیون نفر را بیمه کردیم. ده میلیون نفری که اکثر قریب به اتفاق آن‌ها افراد نیازمند حاشیه شهرهای بزرگ بودند که طی سالیان متمادی دیده نشده بودند. افرادی که بیش از ۹۱ درصد آن‌ها فاقد درآمد مناسب بودند. اکثر آن‌ها فاقد مسکن و شغل مناسب بودند.



ملک‌زاده
وزیر اسبق
بهداشت

مصرف حق بیمه درمان کارگران برای غیر سلامت

زمان من یکی از آرزوهای وزارت کار این بود که تأمین اجتماعی زیرپوشش این وزارتخانه درآید و ما همیشه مقاومت می‌کردیم. متأسفانه در زمان وزارت دکتر پزشکیان که اکنون خود از منتقدان تجمیع بیمه‌ها است، این اتفاق غیر کارشناسی افتاد و سازمانی که بخش مهمی از وظایفش در مان بیمه‌شده است، از وزارت بهداشت منفک شد. در حالی که اگر واقعاً پولی که مردم در بخش سلامت می‌پردازند، در همین بخش خرج شود، مشکلی وجود ندارد. مشکل اینجاست که حق درمان مردم و بیمه‌شدگان و کارگران در جای دیگر خرج می‌شود بدون اینکه خودشان مطلع باشند. کسی که به منابع و سرمایه‌های کارگران دست‌اندازی می‌کند، خود تأمین اجتماعی است، چون پولی که باید صرف سلامت کارگران کند، برای کارهای دیگر هزینه می‌کند. دست‌اندازی مگر چیست؟ ما معتقدیم اگر پولی که بیمه‌شدگان برای سلامت خود به تأمین اجتماعی می‌پردازند، در همین بخش خرج شود، کارگران هیچ کمبودی و مشکلی در این زمینه ندارند.



میدری
دبیر شورای عالی بیمه
درمان کشور و معاون
رئیس وزیر کار

ادغام نظام بیمه‌ای همانند انحلال سازمان مدیریت

وزارت بهداشت با تعقیب یک استراتژی دووجهی از یک سو بر طبل ناهماهنگی میان بیمه‌ها و وزارت بهداشت کوبیده و از سوی دیگر در پشت پرده برای انتقال بیمه‌ها به آن وزارتخانه تلاش می‌کند. ادغام نظام بیمه‌ای در وزارت بهداشت همان مشکلاتی را برای کشور در پی خواهد داشت که انحلال سازمان مدیریت برای دولت قبل به وجود آورد. انتقال شورای عالی بیمه درمان به وزارت بهداشت یا تفویض تصمیم‌گیری در مورد سایر یارانه‌ها به دستگاه‌های بخشی یک خطای بزرگ تصمیم‌گیری به شمار رفته و آحاد مردم به‌ویژه گروه‌های کم‌درآمد و محروم متضرر می‌شوند. توزیع یارانه باید در نهادهای فرابخشی صورت گیرد و از همین رو رفتن بیمه‌ها و شورای عالی بیمه درمان به وزارت بهداشت را اقدامی مشابه با انحلال سازمان مدیریت می‌دانم. در مورد مسئله عدم پرداخت مطالبات بیمارستان‌های ارتباطی به مسئله تجمیع بیمه‌ها ندارد و تنها مشکل در این زمینه کسری بودجه دولت است که ناشی از نوسان قیمت نفت است.



توکلی
نماینده مجلس
شورای اسلامی

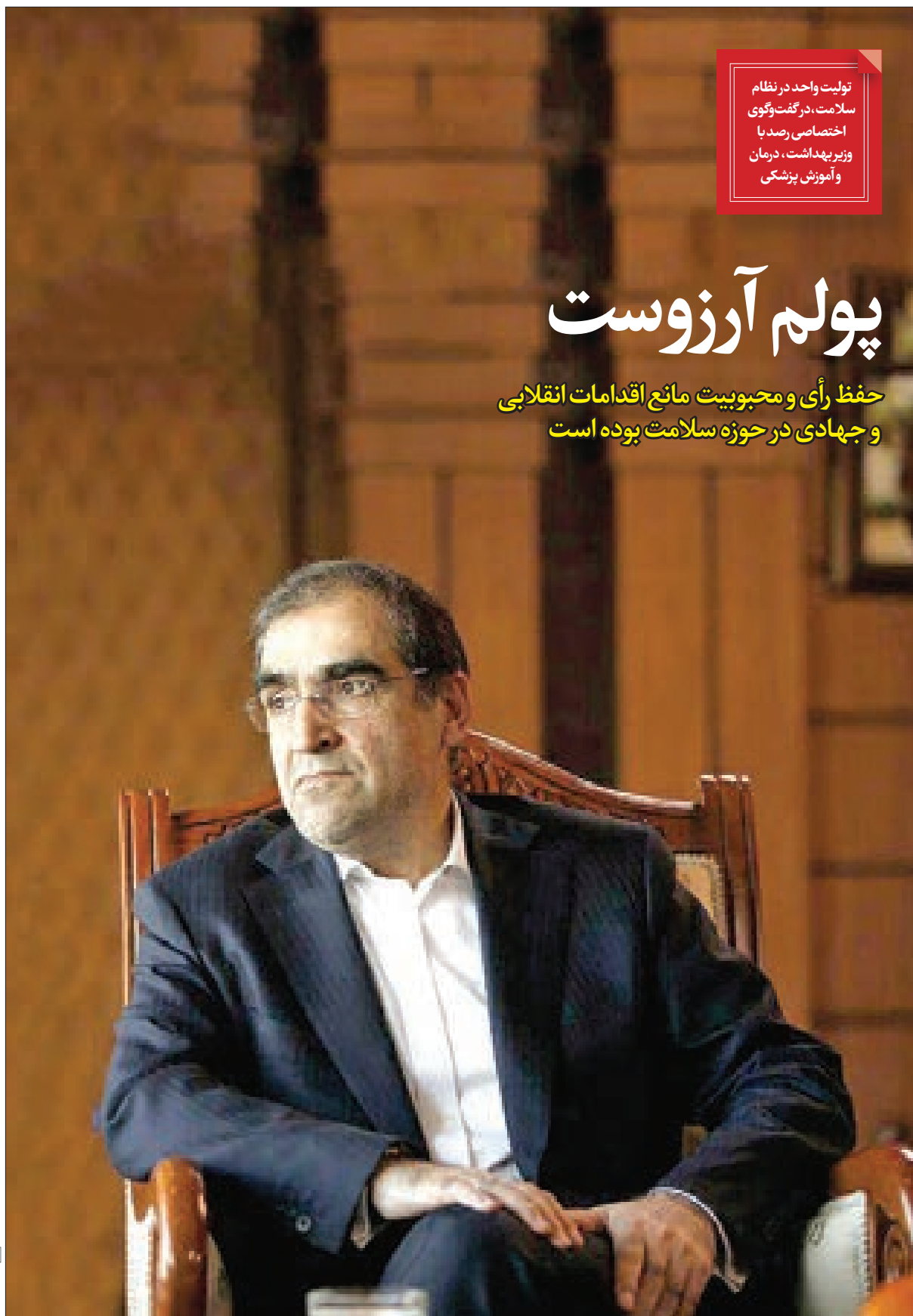
خسارات ناشی از افزایش هزینه‌ها و تعهدات

دلیل اصلی برای ادغام بیمه‌ها تعهدات و بدهی‌های مالی شرکت‌های بیمه‌ای است که امروز توان پرداخت بدهی خود را ندارند. این وضعیت البته قابل پیش‌بینی بود. به عنوان مثال وقتی تعرفه پزشکان را بالا بردند من ۲ بار نامه نوشتم و خسارات ناشی از افزایش هزینه‌ها و تعهدات را یادآور شدم. اتفاقی که سال ۸۳ هم افتاد. وقتی آقای خاتمی در آخرین روزهای ریاست جمهوری حقوق اساتید دانشگاه را افزایش داد، طبیعی بود که تقاضای افزایش حقوق در دیگر بخش‌ها نیز شکل می‌گرفت و کار به آنجا کشید که در دوره احمدی‌نژاد هزینه‌ها جاری در اولین بودجه ۴۳ درصد افزایش پیدا کرد. نباید تعهدات پایدار را بر اساس منابع ناپایدار ایجاد کرد. به وزیر محترم گفتم معاون محترم شما یک روز در هفته در بیمارستان مشغول خدمت هستند و ماهانه ۶۰ تا ۸۰ میلیون تومان در آمد دارند. مگر ایشان چقدر در تولید ناخالص ملی نقش دارند که تصمیم دارید این حقوق را به ۲۰۰ میلیون تومان در ماه برسانید. تصمیمی که در ابتدای طرح سلامت گرفته شد باعث شد امروز بیمارستان‌ها به شدت بدهکار باشند.

تولیت واحد در نظام
سلامت، در گفت و گوی
اختصاصی رصد با
وزیر بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی

پولم آرزوست

حفظ رأی و محبوبیت مانع اقدامات انقلابی
و جهادی در حوزه سلامت بوده است



عادل عزیزی

آیا نباید وزارت بهداشت برای رسیدن به این هدف نقش محوری داشته باشد، گفتمان سازی کند، موضوع را پیگیری کند؟

❖ خیلی مؤثر نیست، این هدف بستگی به نگاه دولت و مجلس دارد چون در کشور قرار است همه چیز با رودر بایستی پیش برود و تصمیم قاطعی نسبت به بعضی از معضلات گرفته نشود بنابراین می‌توانیم بگوییم نقش ما خیلی کم رنگ است. این مسئله برای برخی دستگاه‌های دیگر هم وجود دارد، راه و چاه هم مشخص است اما کمتر به آن‌ها توجه می‌شود، هر دولت و مجلسی می‌گوید بگذار دولت و مجلس بعدی تصمیم بگیرد، محبوبیت و رأی مانع از این شده است که جسورانه تصمیم‌های انقلابی و جهادی بگیریم، علاقه‌مندی به ماندن مانع از این می‌شود که تصمیم‌هایی بگیریم که برای خودمان هزینه دارد، بدون تعارف علت همین است.

باین حال در داخل بدنه وزارت بهداشت، موضوعاتی همانند بیمارستان داری و آموزش را داریم که قابل حل است.

❖ بله بیمارستان داری کار ما نیست، البته این را خیلی‌ها قبول ندارند و مخالف هستند ولی کار وزارت بهداشت حتی ارائه خدمات بهداشتی هم نیست اگر چه در قانون گفته بهداشت حاکمیتی است ولی من اعتقاد دارم که اشکال ندارد ارائه خدمات را دیگران تصدی‌گری کنند و ما سیاست‌گذاری و نظارت کنیم، مثلاً در اورژانس چه ضرورت دارد که من حتماً آمبولانس تهیه و تعمیر کنم، راننده استخدام کنم، کارکنان را آموزش بدهم و بعد هم کنترل کنم که زیر هشت دقیقه رسیدن یا نه. به جای این‌ها می‌توانم سیاست‌گذاری کنم، در اورژانس کشور، هوایی، زمینی و دریایی خرید خدمت کنم، کسی دیگر خدمت را تولید کند و من آن را خریداری کنم. برای درمان هم همین‌طور، بیمارستان بسازند و پرستار، کارمند، پزشک و تجهیزات هم تأمین کنند، بعد من بروم از آن‌ها خرید خدمت کنم.

این راه در دست است، این که یک وزارتخانه با این وسعت از قبل از تولد تا بعد از مرگ، از انسان تا دام و طیور همه مسئولیت را داشته باشد و در عین حال هم بخواد در مرز دانش حرکت کند، در منطقه هم مقام اول تولید علم را داشته باشد و در جهان به مرجعیت علمی برسد، این واقعاً با تفکر بعضی از دوستان شدنی نیست. بایستی ما حتماً تصدی‌گری را واگذار کنیم و کار اصلی سیاست‌گذاری و نظارت را انجام بدهیم. برای رسیدن به این هدف، راه سختی پیش رو داریم. یک عده از سیاستمداران هستند که متأسفانه به همان یافته‌های ۳۰ سال پیششان پافشاری و حتی لجاجت می‌کنند، یک عده هم درون سیستم وزارت بهداشت هستند که همه چیز را حاکمیتی می‌بینند و در عین حال در اداره کشور هم یک نگاه سوسیالیستی دارند که بایستی متولی هر کاری دولت باشد.

ساختار مطلوب نیاز به مدیرانی دارد که فرمان این موضوع را به دست بگیرند، دنیا به این نکته رسیده است که مدیر نباید وارد انتفاع شخصی بشود، مصادیق آن هم پزشک بودن وزرای بهداشت که خودتان اشاره کرده‌اید یا فعالیت همزمان در بخش دولتی و خصوصی، در دنیا کسی که پست دولتی بگیرد تا سال‌ها بعد نمی‌تواند وارد بخش خصوصی شود، این موضوع چقدر در محقق نشدن نقش تولیت وزارت بهداشت اثرگذار است؟

❖ این حرف درستی است که منافع مشترک نباید داشته باشند و ای کاش روزی این اتفاق در کل کشور و اول در وزارت بهداشت بیفتد، البته به رفتار و کردار خود افرادی که نصب می‌شوند هم بستگی دارد ولی خیلی خوب است وزیر بهداشت، رئیس دانشگاه یا رئیس بیمارستان، هیچ نفع شخصی در مأموریتشان نداشته باشند، من خودم در این باره بیشتر از همه صحبت کرده‌ام و گفته‌ام ای کاش روزی وزیر بهداشت، بهترین اقتصاددان کشور باشد. در غیر این صورت اگر بهداشتی باشد کشور را به سمت بهداشت، اگر مثل ما کلینیسین باشد ممکن است به سمت درمان یا اگر پرستار باشد ممکن است به سمت پرستاری برسد. کار دوگانه هم ممکن است به اصل مأموریت و وظیفه آسیب بزند، ای کاش امکانی برای استادی ما فراهم باشد که منافعشان در داخل بخش تأمین شود، حقوقشان را بدهند، کسی هم توقع بی‌جا ندارد، در حدی که قانون مشخص کرده و به موقع بدهند. امتیازهایی را بدهند که آن‌ها و سوسه‌نشوند مطب بزنند و بیرون کار کنند، اما چون سیستم فلج است این روند ادامه پیدا می‌کند.

خود جامعه پزشکی هم با کار دوگانه موافق نیست، چون امنیت وجود ندارد. هر روز یک وزیر می‌آید و حرف‌هایی دارد، رئیس دانشگاه هم یک سلیقه‌ای دارد، رئیس بیمارستان هم همین‌طور. لذا به قول قدیمی‌ها طبیعی است که پزشکان همه تخم مرغ‌هایشان را

با روی کار آمدن دولت یازدهم، سلامت همراه با سیاست خار چه در صدر اولویت‌های دولت قرار گرفت، نتیجه این کار اجرای طرح تحول و اختصاص بودجه قابل توجه به وزارت بهداشت شد، در ابتدای این طرح، وزارت بهداشت همراهی دستگاه‌های بسیاری همانند وزارت رفاه، هیئت دولت و نمایندگان مجلس را بر خود دار بود و مردم و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نیز رضایت نسبی داشتند اما به مرور تیغ تیز انتقادات تند بر روی وزارت بهداشت و طرح تحول کشیده شد، حتی وزرای سابق بهداشت و نمایندگان حامی دولت هم انتقاداتی نسبت به وزارت بهداشت مطرح کردند تا جایی که وزیر فعلی بهداشت در رسانه‌ها اعلام کرد که برخی به جای آنکه دست وزارت را بگیرند، پایش را گرفتند یا این که غیرمستقیم در مورد یک برنامه تلویزیونی گفت که عده‌ای که سواد درستی ندارند، اعلام کردند درآمد پزشکان دولتی پنج برابر پزشکان آمریکایی است و به طرح تحول ظلم شده است. فارغ از مزایا یا معایب طرح تحول، نظام سلامت خود دچار مشکلات اساسی است که به خوبی در سیاست‌های ابلاغی رهبر معظم انقلاب نیز آمده، مانند نبود تولیت واحد، عدم تفکیک سیاست‌گذاری، تأمین منابع مالی و ارائه خدمت، اولویت درمان بر پیشگیری، بی‌توجهی به طب سنتی و غیره. با این حال فضای انتقادی دو سال و نیم گذشته نسبت به طرح تحول سبب شد، دکتر حسن قاضی‌زاده هاشمی نسبت به برخی سؤالات ما درباره این مشکلات اساسی واکنش منفی نشان دهد و آن را ناشی از ذهنیت منفی و صحبت برخی افراد خاصی بداند، وزیر بهداشت در این گفت‌وگوی اختصاصی صریحاً علت اصلی در عدم تحقق تولیت واحد در سلامت و مشکلاتی همچون فعالیت همزمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی و ذی‌نفعی تصمیم‌گیران سلامت را کمبود منابع مالی و تمایل به حفظ رأی و محبوبیت در دولت‌ها و مجلس‌ها می‌داند. در ادامه این گفت‌وگو را بخوانید.

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ گزارشی از ساختارهای نظام سلامت منتشر و تأکید کرد که تولیت سلامت یک وظیفه حاکمیتی است و وظیفه وزارت بهداشت صرفاً سیاست‌گذاری، نظارت و تنظیم کل بازیگران نظام سلامت است اما الان در کشور ما تولیت وزارت بهداشت خیلی پررنگ نیست و امروز بیمارستان داری، ارائه خدمت، آموزش و... آن قدر سیستم وزارت بهداشت را بزرگ کرده است و تمرکزی روی این جایگاه نیست، چه باید کرد؟

❖ حرف درستی می‌زنید، خیلی مهم است که تولیت در نظام سلامت در قالب حرف، شعار و نوشتار باشد یا این که عملاً مجلس و دولت متعهد شوند که ابزارش را فراهم کنند. الان تولیت در اختیار وزارت بهداشت نیست، در طول سال‌های گذشته هم همین‌طور بوده است، چه قبل و چه بعد از انقلاب پروژه ملی بزرگی را نداریم که پیوست سلامت داشته باشد، بنابراین می‌توانیم ادعا کنیم هیچ وقت تولیتی نبوده و هیچ‌گاه هم در اختیار دستگاه سلامت نبوده است، سلامت مردم بیشتر در اختیار سایر دستگاه همانند وزارت جهاد کشاورزی، صنعت، نفت، اقتصاد، ارشاد، شهرداری‌ها و قوه قضاییه است ولی طبق سیاست‌های ابلاغی رهبر معظم انقلاب تولیت با وزارت بهداشت باید باشد، سازوکار این امر را هم باید دولت و مجلس فراهم کنند.

البته در قانون برنامه ششم به موضوع تولیت مقداری توجه شده اما کافی نیست واقعاً برای نظام سلامت کارآمد باید متولی واحد و مدیریت متکثر داشته باشیم، تکثر مدیریت هم اشکال ندارد چون متولی وظایف هر مدیریت را مشخص می‌کند و مدیریت آن را اجرا می‌کند. آنچه الان داریم خیلی ما را موفق نخواهد کرد. باز حمت زیاد باید کارها را پیش ببریم، ضمانت هم ندارد که کارها تداوم داشته باشد، با این حال جز مقطعی که تولیت بیمه‌ها از وزارت بهداشت گرفته شد و تا الان هم ادامه دارد، سیر خوبی داشته‌ایم، یعنی همه در حال رسیدن به این یاور هستند که بایستی تولیت واحد و در اختیار دستگاه سلامت باشد، ولی آهنگش خیلی کند است.

در یک سبد نگذارند. البته این کار دوگانه به فراوانی در کشورمان هست، الان فصل انتخابات است، شورای نگهبان هم خودش کاندیدا است و هم تشخیص می‌دهد چه کسی صالح است و چه کسی نیست، تقلب شده یا نشده، من به شورای نگهبان اشکال وارد نمی‌کنم. قانون انتخاباتمان اشکال دارد.

در قوه قضاییه هم همین‌طور است، شما اگر از دستگاه قضاییه شکایت داشتی به چه کسی باید بگویی؟ در نظام پزشکی هم همین مشکل را داریم، مردم می‌گویند خودشان دکتر هستند و یک عده را گذاشتند قضاوت کنند که دکتر هستند، پس همه هوای همدیگر را دارند.

وزارت نفت، گاز و نفت تولید می‌کند، خودش هم عرضه می‌کند، اینجاها اشکال ندارد ولی زور بر خی فقط به ما می‌رسد، من اصلش را قبول دارم و آرزو می‌کنم اولین دستگاه وزارت بهداشت باشد و این اتهام از جامعه پزشکی زده شود، اگر تخلفی هم هست دیگر نباشد. ولی نیاز به سازوکار دارد، نگاه کنیم که کشورهای موفق دنیا چه کرده‌اند.

❖ راهکار این کشورها چیست؟

❖ پول است، نیاز به پول و اعتبار مالی دارد. الان هشت ماه است که بیمه‌ها پول نداده‌اند، می‌خواهند یک کسی را در دانشگاه تمام وقت نگاه دارند، می‌گویند آخر ماه حقوق را می‌دهیم، اگر یک ماه، دو ماه، سه ماه یا هفت ماه ندهند و بعد بگویند هر وقت پول داشتیم می‌دهیم، به کارتان ادامه می‌دهید؟ هیچ وقت این کار را شما هم نمی‌کنید.

❖ مشکل پول همیشه و همه جا هست، آیا مشکل اصلی مدیریت منابع مالی نیست؟ به فرهنگ و توقع بر نمی‌گردد؟ همه جای دنیا پزشک یک سطح مشخصی از درآمد را دارد، این که صرفاً پول تزریق کنیم مشکل حل می‌شود؟

❖ پول تزریق کردن نیست، الان من به پرستار گفتم فلان قدر حقوق می‌دهم اما ۶ ماه به او پول نداده‌ام چون منابع مالی که قرار بوده به من بدهند پایدار نیست، گفتند اگر نفت فروختیم به تو بوجه می‌دهیم. حالا اگر نفت نفروختند، من جواب کارمندم را چه بدهم؟ اگر قیمت نفت یک سوم شود، بگویم پول ندارم، خود شما می‌ایستید کار کنید؟ از هدفمندی یارانه‌ها ۸۰۰ میلیارد تومان قرار بوده امسال به ما بدهند، ۳۰۰ میلیارد تا حالا داده‌اند، با بدبختی هم داده‌اند. آن کسی که الان در حال ارائه خدمت است، گناهی نکرده که به من پول نداده‌اند یا نفت، فروش و قیمتش کم شده است، او آخر ماه پولش را می‌خواهد. برای همین صبح اینجا می‌آید و بعد از ظهر در مطبش کار می‌کند، البته الان در دانشگاه‌های ما با سابقه ده سال به بالا چنین کاری میسر است، به هر حال خدا کند روزی این حل شود، البته در قانون برنامه پنجم توسعه بوده ولی عملی نشده است، در دوره ما بیشتر از همه عمل شد به جز چند دانشگاه ولی واقعیت این است که با این شرایط انجام این کار منطقی نیست، چون دانشگاه‌های ما از افراد برجسته خالی می‌شود.

❖ ما در حوزه‌های دیگر افراد دانشگاهی برجسته و توانا داریم که امکان فعالیت در بازار آزاد هم دارند. پس آن‌ها هم باید همین مشکل را داشته باشند، اما چرا در پزشکان بیشتر است؟

❖ شما فکر می‌کنید آن‌ها دو شغله نیستند؟ اشتباه است، کلاس خصوصی می‌گذارد یا کار دیگری می‌کند، پزشک را می‌بینید چون تابلو دارد. بقیه جامعه را نمی‌بینید یا این که بیرون کار نیست، اگر باشد حتماً می‌روند کار می‌کنند، شرکت تحقیقاتی راه می‌اندازند، عضو هیئت مدیره یک شرکت می‌شوند.

❖ زمانی که می‌خواستید طرح تحول را شروع کنید، بر سر منابع مالی آن چگونه توافق کردید؟ دولت برای تأمین آن تضمین داد؟

❖ ما دنبال منابع پایدار هستیم، یعنی این که بوجه ما از بودجه عمومی نیاید، مثلاً به درصدی از مالیات وصل شود، اگر سراغ نفت رفت، پایدار نیست، در حالی که مالیات همیشه هست، اگر برداشتتان در مورد طرح این است که یک طرحی را عده‌ای من درآوردی یا با

حساب و کتاب شروع کردند و الان وسط کار پول کم آمده، این چنین نیست. اولاً برنامه‌ریزان کسانی هستند که تا به حالا به برجستگی آن‌ها در وزارت بهداشت نبوده است، این را پایگاه علم‌سنجی در دنیا می‌گوید. بعد هم از بهترین و محبوب‌ترین نظام‌های سلامت دنیا بهره‌گیری شده، سازمان بهداشت جهانی هم در طراحی و هم در نظارت دخالت داشته است، بعد از آن به سازمان مدیریت و دولت برویم، گفتند ۹۲ میلیارد تومان پول می‌دهیم، حرف ما این است که تا سال ۹۶ همان پول روز اول یعنی سال ۹۲ را بدهید، در حالی که یازده میلیون نفر بیمه شده‌اند، تورم اضافه، تقاضا بیشتر و تجهیزات گران‌تر شده است، در این موارد ما صرفه‌جویی می‌کنیم ولی پول روز اول را که باید بدهید، این به معنی این نیست که ما بد برنامه‌ریزی کردیم و پول کم آمده است، دروغ می‌گویند که تقاضای القایی افزایش پیدا کرده است، در حالی که آمارها دست ماست یا این که می‌گویند پول را به دکترها داده‌اند و از این دست حرف‌ها که بیشتر کلی‌گویی است.

اگر منظور از ناپایداری یعنی این که درست طراحی نشده است، نه این گونه نیست، بلکه ما می‌گوییم سال ۹۶ همان پول سال ۹۲ را بدهید تا آن موقع هم تورم ۵۰ درصد اضافه خواهد شد ولی ما صرفه‌جویی می‌کنیم. دسترسی و رضایت‌مندی مردم را افزایش داده‌ایم، پول اضافه هم که نمی‌خواهیم، پس کجای این طرح اشکال دارد؟

❖ منظور ما این نیست، بلکه از همان ابتدا هم منابع به پول نفت گره زده شده بود.

❖ درست است، اول ۱۰ هزار میلیارد گفتند، حد اکثر ۷ هزار میلیارد دشت، گفتیم این ۷ هزار میلیارد را ندهید، اگر مردم ۹ درصد مالیات بر ارزش افزوده می‌دهند، ۳ درصدش را به سلامت بدهید. اگر ما درست عمل کنیم مردم آرام‌تر هم هستند، رضایت‌مندی‌شان هم بیشتر است، چون بیمارستان‌ها بهتر می‌شوند، متخصص در بیمارستان است، زایمان رایگان شده است. اگر این را قبول می‌کردند ما مشکلی نداشتیم، دیگر نمی‌گفتم از ۴۸۰۰ میلیارد ۳ هزار میلیارد داده‌اند، در حالی که من خدمت را ارائه کردم، دارو و تجهیزات را ارائه دادم.

❖ تحقق تولید فقط به منابع مالی گره خورده است؟ آن سازوکاری که گفتید در برنامه ششم توسعه آمده چیست؟

❖ دو کار مهم بایستی انجام می‌شد، یکی منابع مالی پایدار که روز اول هم گفتیم و یکی بیمه است، بیمه باید درست شود، هم منابع بیمه‌ای باید یک کاسه شود، هم صنعت بیمه از حالت صندوق درآمد، بیمه‌الان یک صندوق است. پول‌ها به صندوق می‌رود، اگر داشتند پول می‌دهند، نداشتند به ما نمی‌دهند.

در حالی که بیمه یعنی یک دستگاهی که خودش درآمد تولید می‌کند و خودش ریسک را هم می‌پذیرد، اینجا بیمه ما نشسته و می‌گوید اگر از منبع عمومی پول دادند، من هم می‌دهم و گرنه هیچ. شما ماشینتان را که بیمه می‌کنید، کل ریسکتان را می‌پذیرد حتی اگر قرار باشد پول کل ماشین را بدهد. آنچه در سلامت داریم، بیمه نیست، صندوق است؛ بنابراین این دو کار باید رخ بدهد. بعد از بیمه و پایداری منابع باید ساختار وزارت بهداشت متناسب با این دو تغییر کند. بعد از آن هم نظام پرداخت باید اصلاح شود، fee for service باید تغییر کند و به سمت DRG برود که یک مردم می‌خواهد اما فعلاً پیدا کردنش سخت است.

❖ تعرفه‌ها، محل مناقشه

است، عده‌ای می‌گویند زیاد و عده‌ای می‌گویند کم است، خود وزارت بهداشت می‌گوید که نسبت به کشورهای همسایه کم است و باید زیاد شود. بنیاد این محاسبه چیست؟ اگر سرانه را لحاظ کنیم، شاید تعرفه‌های ما از کشورهای پیشرفته هم بیشتری است، دو شغله بودن پزشکان هم هست، استدلال شما چیست؟



پیش ویژه

ما می گوئیم تا سال ۹۶
همان پول سال ۹۲ را
بدهید تا آن موقع هم تورم
۵۰ درصد اضافه خواهد شد
ولی ما صرفه جویی می کنیم.
دسترسی و رضایت مندی
مردم را افزایش داده ایم،
پول اضافه هم که
نمی خواهیم، پس کجای این
طرح اشکال دارد؟

تحقق این موارد چه کرده است؟

❖ برای پیشگیری همان کاری که در حاشیه شهر مشهد کر دیم را در کل کشور انجام دادیم.

❖ در طب سنتی متخصصین و باتجربه های طب سنتی از حوزه علمیه و غیر آن شکایت دارند که اول بایستی پزشک عمومی بشوند بعد مجوز طب سنتی داده می شود.

❖ حوزه به طب سنتی چه کاری دارد؟ لباس پیغمبر را می پوشند که بروند طب سنتی کار کنند؟ کاردرستی نیست. فعلا این قانون است و نمی شود کاری کرد.

قانون درستی است؟

❖ من عقیده خودم چیز دیگری است ولی سازو کار قانونی شورای آموزش پزشکی تخصصی کشور و شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی است که باید آنجا تصویب شود. ما گرفتار دو گروه هستیم، یکی پزشکان طب مدرن که تعداد بسیاری از آن ها مخالف طب سنتی هستند و دوم دوستانی در طب سنتی که کلاً مخالف عطاری ها و افراد باتجربه غیر آکادمیک هستند. جمع کردن این ها کار خیلی راحتی نیست، بخش اول را ما با توسعه دانشکده های طب سنتی و سلامتکده ها پیش می بریم، ولی بخش دوم من هم معتقد هستم که عده ای سال ها تجربه دارند و سواد هم دارند، ممکن است بتوان با دوره کوتاه مدتی مدرک معادل داد، به هر حال چه خواهیم چه نخواهیم مردم به این ها مراجعه می کنند، اعتماد دارند و حتماً نتیجه می گیرند که مراجعه می کنند، برای همین جمع کردنش سخت است.

❖ در ابتدای وزارت شما مصوبه دانشگاه جامع طب سنتی لغو شد، قرار بود این دانشگاه ساماندهی همین افراد تجربی را انجام بدهد.

❖ اگر منظورتان حرف های دکتر طریقت یا رحیمی معاون اول دولت سابق است که می گفت نسخه را فارسی بنویسند، اعتقادی ندارم. اولین جلسه ای که من به دولت رفتم، یک مجموعه ای از فهرست خدمات راجع به دلاکی و زالو انداختن بود، این که کدام طرف بگذاری، چند تا بگذاری، از چه نوع بگذاری، تعرفه هایش فرق می کند، من صد درصد با این چیزها مخالف هستم، چون باعث وهن طب سنتی است. اگر منظورتان این هاست، من مخالف هستم ولی آقای دکتر لاریجانی می خواست یک دانشگاه راه بیندازد ولی خود موافقان طب سنتی مخالفت کردند.

چرا؟

❖ در ایران همه در هر زمینه ای اظهار نظر می کنند، دانشجو هم اظهار نظر می کند که دانشگاه باشد یا نه، آزادی است دیگر. به نظرم با دانشجویها صحبت شده بود که ایجاد دانشگاه به ضررتان است مثل دانشجویان طب مدرن که فکر می کنند اگر ما طب ارزشمند ملی مان را احیا کنیم، مزاحم فعالیت آن هاست.

❖ هزینه تمام شده مبنا است، الان هم در کشورمان حساب شده و سازمان مدیریت و شورای عالی بیمه هم قبول کرده است ولی دولت به دلیل این که پول ندارد قبول نمی کند، برداشت من این است که نگاه شما به رفتارهای جامعه پزشکی منفی است و این سؤالات ممکن است از این نگاه نشأت گرفته باشد یا حتی مخاطبانتان این نگاه منفی را داشته باشند.

در حوزه پزشکی دولت ها در طول بیست سال گذشته، همه اختیارات را برای خودشان گرفته اند، حتی بخشی از اختیارات بخش خصوصی را هم همینطور، در حالی که در صنعت و غیره این کار را نکردند. برای این که می دانند مردم به شدت به این حوزه حساس اند، قیمت یک تولید صنعتی را هیئت وزیران تصویب نمی کند، عرضه و تقاضا قیمت را تعیین می کند یا این که حداکثر سازمان حمایت از مصرف کننده دخالت می کند. در حالی که ما باید از یک آزمایش ادرار تا سخت ترین اعمال جراحی را در هیئت وزیران تصویب کنیم.

این ویژگی خاص بازار سلامت نیست؟

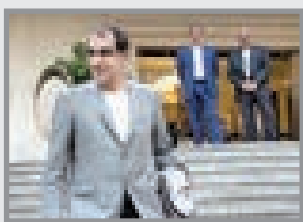
❖ نه ارتباطی ندارد، در حال حاضر اگر هیئت وزیران بودجه داشت و اولویتش بود، پول می دهد، اگر نداشت سرکوب می کند. در این سال ها سرکوب کردند، نشده که هزینه تمام شده یک تخت بیمارستانی را در سیستم دولتی حساب کنند، برای همین بیمارستان ها ورشکست شدند یا هیچ وقت بخش خصوصی در این حوزه سرمایه گذاری نکرده است. حرف ما این است که همان کاری که برای تلفن، آب، برق و گاز کردید، برای پزشکی هم همان کار را انجام دهید، هر چه شد ما آن را قبول داریم؛ بنابراین تعرفه را ما بر اساس هزینه تمام شده می گیریم و سود را هم حساب نمی کنیم. الان چرا بخش خصوصی سراغ پتروشیمی می رود، چرا نیروگاه می سازد، چرا سر این ها دعواست. برای این که هزینه تمام شده اش را با یک سود معقول می دهند. همین کار را باید در حوزه سلامت بکنند.

چرا هیئت دولت قبول نمی کند؟

❖ برای رأی است، اگر بخواهند قیمت تمام شده را بدهند، هزینه بالا می رود و صدای مردم در می آید، خود هیئت دولت که نمی خواهد پول بدهد می گوید این بخش هزینه ای است، بنابراین فشار را روی ارائه دهنده های خدمت می آورد، بعد که آن ها دچار بد اخلاقی شدند، شلاق را بر می دارند و داد و بی داد راه می اندازند تا اصل درست نشود، این معادله قابل حل نیست. ما باید کاری کنیم که خدمات سلامت تعرفه واقعی خودش را پیدا کند. شما برای موبایل چه کردید؟ همان را برای سلامت بکنید. چون نمی توانیم از مردم مراقبت کنیم یعنی بیمه و منابعش را تقویت بکنیم، فشار را این طرف می گذاریم، این طرف هم بی اخلاقی اتفاق می افتد.

❖ در سیاست های ابلاغی رهبری موضوعات مختلفی مثل اولویت پیشگیری بر درمان یا لزوم توجه به طب سنتی و غیره آمده است، وزارت بهداشت برای

نمای نزدیک



چرا هیئت دولت قیمت تمام شده را قبول نمی کند؟

برای رأی است، اگر بخواهند قیمت تمام شده را بدهند، هزینه بالا می رود و صدای مردم در می آید، خود هیئت دولت که نمی خواهد پول بدهد می گوید این بخش هزینه ای است، بنابراین فشار را روی ارائه دهنده های خدمت می آورند، بعد که آن ها دچار بد اخلاقی شدند، شلاق را بر می دارند و داد و بی داد راه می اندازند. تا اصل درست نشود، این معادله قابل حل نیست، ما باید کاری کنیم که خدمات سلامت بالاخره تعرفه واقعی خودش را پیدا کند. شما برای موبایل چه کردید؟ همان را برای سلامت بکنید. چون نمی توانیم از مردم مراقبت کنیم یعنی بیمه و منابعش را تقویت بکنیم، فشار را این طرف می گذاریم، این طرف هم بی اخلاقی اتفاق می افتد.

دستاوردهای حوزه

تولید دارو

تولید واکسن

* فراهم شدن امکان تولید داخلی واکسن آنفلوآنزا و آنتی بوتولسم
* فراهم شدن امکان تولید واکسن ضد هاری ایمونو گلوبولین
* تولید واکسن های سرخک و سرخچه برای کودکان
* کیفی تر شدن واکسن های هیپاتیت و ب ت ژ
* واکسن هموفیلوس آنفلوآنزا برای پیشگیری از مننژیت اطفال

کسب

رتبه نخست
تولید دارو در سطح
خاورمیانه

تأمین ۹۵ درصد داروی
مورد نیاز کشور در داخل؛
در سال ۵۷ این رقم ۲۵ درصد
بوده و در حال حاضر بیش از
۱۲۰۰ قلم دارو در کشور تولید
می شود

تولید داروهای معمولی

* گلاتیرامراستات برای درمان بیماری ام.اس و شکستن انحصار رژیم صهیونیستی
* داروی گلو تازون در درمان بیماری دیابت
* داروی تراستوزومب هر سپتین برای درمان سرطان سینه
* داروی پک GCSF برای استفاده در پیوند مغز استخوان و خون سازی در بدن بیماران پس از شیمی درمانی
* تولید داروی مقابله با ایدز (با عنوان IMOD)

در دسترس بودن دارو
و کاهش تعداد انحصار در تولید
و واردات؛
افزایش تعداد دارو خانه های کشور از
۱۸۰۰ باب در سال ۵۷ به نزدیک ۱۰
هزار دارو خانه

تولید داروهای نو ترکیب

* داروی فاکتور ۸ برای درمان بیماری های خونی و هموفیلی
* داروی FSH برای درمان ناباروری
* داروی رت پلاس (reteplase) برای رفع لخته های خونی داخل عروق
* داروی پگاستریم (pegastrim) در درمان بیماران سرطانی و افزایش میزان گلوبل سفید خون
* داروی اینترفرون پگنیلده برای درمان مبتلایان به هیپاتیت c

تولید نانو داروها

* ساخت و تولید نخستین نانوداروی تزریقی ضد سرطان خاورمیانه با نام تجاری سینا دوکسوزوم
* داروی آوانکس برای درمان بیماران مبتلا به ام اس
* تولید نانوداروی گیاهی ضد تب برفکی دام
* داروی آمانتادین ضد ویروس و ضد پارکینسون
* داروی متفورمین ضد مرض قند



آموزش پزشکی

- ایجاد ۵۰۰ مرکز تحقیقاتی در حوزه پزشکی
- افزایش تعداد پزشکان از ۱۵ هزار نفر در ابتدای انقلاب به ۱۰۰ هزار پزشک
- تعداد دانشگاه های پزشکی از ۷ مورد قبل از انقلاب به ۵۲ مورد بعد از انقلاب اسلامی
- افزایش تعداد دانشجویان گروه پزشکی از ۲۳ هزار نفر در سال ۵۷ به ۴۲ هزار و ۵۹۱ نفر
- افزایش پزشکان متخصص از ۷ هزار نفر در سال ۵۷ به ۹ هزار و ۷۹۲ نفر در سال ۹۰

۵۵۰ مرکز



تجهیزات پزشکی

- تأمین بالغ بر ۵۰ درصد تجهیزات و ملزومات مورد نیاز پزشکی در داخل
- صادرات ۴۰ درصد از تولیدات داخل
- ساخت دستگاه سانتریفیوژ توبولار برای تولید واکسن و دارو به خصوص تولید داروهای نو ترکیب
- تعداد کارخانجات تجهیزات پزشکی کشور از ۴ مورد در سال ۵۷ به بیش از ۴۵۰ مورد رسیده و تولید بالغ بر ۵۵۰ محصول را بر عهده دارند

۵۵۰ محصول



سلول های بنیادی

- ایران در زمره ۱۰ کشور نخست جهان در حوزه تحقیقات سلول های بنیادی
- استفاده محققان از سلول های بنیادی در پیوندهای مغز و استخوان، پیوند قرینه چشم، ترمیم بافت قلب، ضایعات نخاعی و رفع نارسایی های کبدی و عروقی و درمان سرطان
- شبیه سازی حیواناتی نظیر گوسفند و گوساله و دست یافتن به فرآوری سلول های جنینی

۱۰ کشور



شاخص‌های سلامت

۱ دسترسی بالغ‌بر ۹۵ درصد جمعیت روستایی و ۱۰۰ درصد جمعیت شهری کشورمان، به مراقبت‌های بهداشتی

۲ پوشش گسترده مراقبت‌های دوران بارداری و کاهش چشم‌گیر میزان مرگ‌ومیر مادران از ۲/۵۴ درصد در سال ۵۷ به ۰/۲۴ درصد در زمان حاضر

۳ کاهش مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال از بیش از ۱۲ درصد در سال ۵۷ به کمتر از ۱/۵ درصد

۴ توسعه شبکه بهداشتی-درمانی، ارتقاء دسترسی به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و اجرای نظام مراقبت از کودکان

۵ ارتقاء شاخص پوشش واکسیناسیون به ۹۹ درصد در اطفال زیر ۵ سال

۶ محوری‌ت قرار دادن ارائه خدمات بهداشتی اولیه برای تمام مردم و اولویت دادن آن به مناطق محروم و روستاها

۷ ایجاد «نظام شبکه بهداشتی-درمانی» به عنوان یک الگوی جهانی با بیش از ۱۸ هزار خانه بهداشت و ۵ هزار مرکز بهداشتی-درمانی

۸ اجرای برنامه ایمن‌سازی همگانی (EPI) و پوشش وسیع و ۹۹ درصدی واکسن

۹ تأسیس بیش از ۵۰ دانشگاه علوم پزشکی، ۳۵۰ مرکز بهداشت شهرستان و ۱۷۰ دانشکده رشته‌های مختلف علوم پزشکی در کشور

۱۲ تربیت بیش از ۳۵ هزار به‌روز و استقرار آنان در تمام روستاهای کشور و ارائه خدمات اولیه بهداشتی به مردم روستاها



©گرافیک: سجاد دادخواه



پیوند اعضا

- قرارگیری در میان سه کشور مطرح دنیا در پیوند مغز و استخوان
- پیوند سلول‌های بنیادی مغز استخوان، عمل پیوند ریه، کبد و چشم به‌وسیله سلول‌های بنیادین
- قرار گرفتن در میان ۱۰ کشور اول دنیا در زمینه پیوند اعضای بدن
- فعالیت ۸۰ مرکز پیوند اعضا در کشور
- گسترش بی‌نظیر پیوند اعضا در کشور

۸۰ مرکز



توریسم سلامت

- درآمد کشور از گردشگری سلامت در سال گذشته یک میلیارد و ۲۰۰ میلیون دلار بوده
- درآمد ۳ تا ۵ هزار دلاری هر توریست سلامت
- ورود سالانه ۵۰۰ هزار اتباع کشورهای منطقه به ایران
- تغییر و تبدیل کشور به قطب منطقه‌ای توریسم سلامت و پذیرش و درمان بیماران خارجی در انواع بیماری‌ها

۵۰۰۰ دلار



روش‌های درمانی

- پرتودرمانی، انجام عمل‌های جراحی به‌وسیله لیزر، آندوسکوپی، جراحی سنگ کلیه از طریق شکاف پوستی و جراحی لیزیک با اشعه پلاسما دیسک کمر
- روش‌های نوین درمانی تهاجمی و کم‌تهاجمی شیوه‌ای دیگر برای درمان ستون فقرات
- نخستین جراحی مغز در حالت هوشیاری توسط جراحان ایرانی

۱۱ روش

گفت‌وگو با وزیر سابق بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بیماران از بخش خصوصی رانده و از بخش دولتی مانده‌اند

جامعه پزشکی نگذاشت قانون جامع رفاه و تامین اجتماعی شکل بگیرد

گفت‌وگو

علی احمدی

دومین وزیر بهداشت دولت دهم یکی از سرسخت‌ترین منتقدان طرح وزیر بهداشت دولت یازدهم موسوم به طرح تحول است، محمد حسن طریقت منفرد که سابقه مدیریت در حوزه تامین اجتماعی و بیمه را نیز در کارنامه خود دارد ساختار فعلی را همچون ظرفی می‌داند که کف بستهای ندارد و هرچه در آن بودجه ریخته شود، مردم از آن نفعی نمی‌برند. به گفته‌ی بعد از انقلاب برای رفع این ضعف‌های ساختاری تلاش‌هایی صورت گرفته اما به بهانه‌هایی همچون ذی‌نفعی و اقتدار برخی افراد و صنوف به سرانجام نرسیده است. طریقت منفرد با اینکه خود پزشک است اما معتقد است برای حفظ حرمت پزشکان و مدیریت بهتر نظام سلامت، مدیران نظام سلامت نباید خود پزشک باشند بلکه باید به معنای واقعی مدیر باشند. در ادامه این گفت‌وگوی پرچالش را با وزیر سابق بهداشت بخوانید.

بیمه‌های درمان چگونه و در چه زمانی در ایران شکل گرفتند؟

سلامت‌ویژگی‌ها و اهمیت خاصی در دنیا دارد که در کشورهای توسعه‌یافته شامل خود را پیدا کرده اما در ایران متأسفانه بدین گونه نیست و به قول معروف اسمش هست ولی خودش نیست. بیمه درمان در سال ۱۳۳۴ شکل گرفت، سازمان تامین اجتماعی با گرفتن حق بیمه از کارگر و کارفرما آن‌ها را بیمه می‌کرد، در مراکز دولتی نیز ارائه خدمت رایگان بود و کارمندان دولت از آن استفاده می‌کردند.

قبل از انقلاب مشکلات درمان خیلی زیاد نبود تا وقتی که دکتر شیخ الاسلام زاده وزیر بهداشتی شد و با قدرت تشکیلات تامین اجتماعی را در وزارت بهداشت ادغام کرد. چیزی که مطلوب وزارت بهداشت بود، چرا که از پول حق بیمه کارگران تحت عنوان بودجه خارج از شمول استفاده می‌کردند، بعد از انقلاب هم ابتدا بحث شرعی و غیرشرعی بودن بیمه مطرح شد تا این که سال ۶۸ کمیسیون کار و امور اجتماعی مجلس با طرحی خواستار جداسازی صندوق تامین اجتماعی از وزارت بهداشت شد.

کارگران در آن شرایط اعتراض به حق داشتن مدعی بودن همه مردم از پول نفت رایگان درمان می‌شوند، شما هم یا ما را مثل بقیه رایگان درمان کنید یا پولمان را به خودمان بدهید. این طرح پس از بررسی در کمیسیون بهداشت و مخالفت وزارت بهداشت و سازمان برنامه‌ریزی با تغییرات زیادی به تصویب رسید. خدارحمت کند مرحوم غرضی را که با اینکه از طیف وزارت بهداشت بود اما خیلی طرفدار این قضیه بود که حق به حق دار برسد. طبق این قانون معاونت درمان در تامین اجتماعی باید تشکیل می‌شد تا بیمارستان‌ها و مراکز ملکی تامین اجتماعی از وزارت بهداشت پس گرفته شود اما رئیس بیمارستان را وزارت بهداشت انتخاب می‌کرد و مدیریت مالی آن با تامین اجتماعی بود. با پیشنهاد آقای غرضی بنده در ۳۰ فروردین ۱۳۶۹ مسئول اجرای این قانون شدم و با وجود همه‌های سنگین توانستم روح قانون را اجرا کنیم.

من همان موقع هم گفتم که این پول بیت‌المال نیست که دست شما باشد بلکه حق الناس است و از اول هم نباید به وزارت بهداشت می‌آمد. به هر حال به مرور معاونت درمان تامین اجتماعی شکل گرفت و مردم تازه احساس کردند بیمه یعنی چی و انتظار ایجاد شد که بقیه مردم هم بیمه داشته باشند و بعد از آن سازمان خدمات درمانی ایجاد شد، در آن زمان رهبر معظم انقلاب تأکید داشتند که بیمه خدمات درمانی تشکیل شود

روزگار



کف بسته‌ای ندارد، هرچقدر مظروف در این ظرف ریخته شود، مردم از آن بهره‌مند نمی‌شوند. بنابراین، این ساختار باید اصلاح شود و برای اصلاح این ساختار در طول ۲۰ سال گذشته پیگیری‌های زیادی توسط نهادهای حاکمیت شده است لکن متأسفانه تا به امروز همان‌طور که گفته شد، به بهانه‌های مختلف این مسائل رعایت نشده است.

این ایرادات ساختاری چه مواردی هستند که باعث شده این پیگیری‌ها به نتیجه نرسد؟

یکی از مشکلات قانونی این است که بعد از این که پزشکان و پیراپزشکان یک دوره‌های محدودی را بر اساس تکلیف قانونی در مناطقی که کشور نیاز دارد فعالیت می‌کنند، بعد از آن مجاز خواهند بود که در هر کجای کشور مستقر شوند و ادامه فعالیت داشته باشند.

گذشته از این که این موضوع مشکلی را حل نمی‌کند، مشکل مضاعفی را هم ایجاد می‌کند، یعنی وقتی شما تراکم نیروی انسانی و متخصص در یک منطقه‌ای را بیش از حد داشته باشید، مصرف‌القای ایجاد می‌کنید. در مقابل هم در آنجایی که به آن نیرو نیاز دارید مشکل مردم حل نمی‌شود. به عنوان مثال اگر قرار است در کشورهای موفق در یک بخشی که ۳۰ هزار نفر جمعیت دارد و قرار است هر دو هزار نفر یک پزشک خانواده داشته باشند، طبیعتاً در اینجا بیشتر از ۱۵ تا پزشک خانواده مورد نیاز نیست.

شما مشاهده می‌کنید با وجود محدودیت‌هایی که در ابتدا بعد از فارغ‌التحصیلی برای متخصصان ایجاد می‌شود، بعد از یک مدتی این‌ها هر کجا که مایل باشند، مستقر می‌شوند. شما در بعضی شهرها در خیابان فقط تابلوی پزشک را می‌بینید، در بسیاری از مناطق هم می‌بینید که مردم دسترسی لازم و به موقع را ندارند.

راه حل این مسئله چیست؟

ساختار دچار نقص است، بالاخره شعار ما از ابتدای انقلاب این بود که باید کار مردم به مردم سپرده شود. یک امر به این مهمی در واقع این اهمیت را دارد که همه ذی‌نفع‌های اجتماعی در آن مداخله داشته باشند و تنها جایی که همه کارشناس‌های بین‌المللی و نخبگان صاحب‌نظر دنیا معتقد هستند که سر نوشت مصرف‌کننده را نباید در اختیار فراهم‌کننده خدمت قرار داد، بخش بهداشت و درمان است، چرا که عدم تفران اطلاعات، تسلط فراهم‌کننده‌های خدمت به سر نوشت مصرف‌کننده، به قدری تعیین‌کننده است که حاکمیت‌ها معتقدند در این بخش باید در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، نظارت و تأمین منابع خودشان مشارکت داشته باشند. این به این معنی نیست که تصدی‌گری هم باید در اختیار حاکمیت باشد. در دنیا امکانات را حاکمیت فراهم می‌کند. تولید، برنامه‌ریزی و نظارت می‌کند و در نهایت مردم اجرا می‌کنند.

در کشور ما تعارض منافع اجازه نمی‌دهد قانون اجرا شود، به همین دلیل ما می‌بینیم که در کشورهای پیشرو هیچ‌وقت یا بسیار نادر است که رئیس بخش و مدیر بخش از ذی‌نفعان باشند. یک آماری را به دست آوریم که از ۴۰ وزیر بهداشت ۱۶ کشور دنیا، ۴ نفر غیر پزشک بودند، یعنی غیر ذی‌نفعی بودند که تخصص لازم را هم برای مدیریت بخش بهداشت و درمان داشتند. آن تعداد محدودی هم که ذی‌نفع بودند، مجاز نبودند در طول تصدی و بعد از تصدی در بخش‌های انتفاعی فعالیت داشته باشند.

وقتی که از نحوه هزینه کردن منابع محدود برای خواسته‌های نامحدود صحبت می‌شود، یعنی صحبت از تعریف علم اقتصاد است؛ بنابراین مدیریت بهداشت و درمان که حتی در کشورهای ثروتمند با کمبود منابع مورد نیاز بر اساس یافته‌های علمی مواجه است، این عدم تعادل را دارد. برای ایجاد این تعادل معمولاً از متخصصان اقتصادی، به خصوص اقتصاد بهداشت و درمان در وهله اول به عنوان مدیر استفاده می‌کنند.

وقتی قرار است مردم از یک سری نیازهایشان بر اساس یافته‌های علمی و به دلیل محدودیت منابع محدود شوند، جامعه‌شناس‌ها و حقوق‌دان‌ها وارد کار می‌شوند. وقتی هم بحث می‌شود که باید از منابع حداکثر بهره‌وری را داشته باشیم، باید از تخصص مدیریت استفاده کرد، لذا در دنیا در مدیریت بهداشت و درمان، پزشکان فقط نقش مشورتی دارند.

در کشور ما همه امور در دست متخصصان پزشکی است و چون این پزشکان خودشان ذی‌نفع ردیف اول هستند، به هر

که به دلیل بار مالی سنگین دومرتبه طرح در مجلس رد شد. دفعه سوم آقای هاشمی طرح را به مجلس آورد و تأکید کرد چون خواست رهبری است، مجلس حتماً فکری به حال این طرح بکند. در این طرح حق بیمه پیشنهادی وزارت بهداشت ۹۵۰ تومان و سازمان نظام پزشکی ۱۴۰۰ عنوان شده بود که حدود ۶۰۰ میلیون تومان اعتبار نیاز داشت، در حالی که کل اعتبارات در مان در آن موقع ۵۰ میلیون تومان بود و این طرح توجیه مالی نداشت. اینجا بود که کمیسیون مشترک تأسیس شد و در همان ایام بنده گفتم قیمت واقعی حق بیمه ۱۸۰ تومان است. این حرف من به شدت بحث برانگیز شد اما پس از بررسی‌های فراوان با حق بیمه ۲۰۰ تومان سازمان بیمه خدمات درمانی تشکیل شد. در هر صورت بیمه شکل گرفت و اگر سنگ اندازی عده‌ای نبود مطابق با استانداردهای جهانی قالب خود را پیدا می‌کرد.

قالب استاندارد جهانی به چه صورت بود؟

قرار بر این بود که کل بودجه سلامت در بیمه جمع شده و بیمه خرید خدمت کند اما یک سال بعد با جنجال آفرینی قرار شد پول پرسنل مراکز درمانی را سازمان برنامه و بقیه را بیمه بدهد، همین امر سبب از بین رفتن پاسخگویی شد و این چالش بین بیمه و وزارت بهداشت همچنان ادامه دارد.

سال ۸۲ قانون جامع رفاه و تأمین اجتماعی تصویب شد که متری ترین قانون در جمهوری اسلامی بود اما از آنجایی که جامعه پزشکی به عنوان یک جامعه قدرتمند موافق آن نبود مانع اجرای قانون شد.

چرا بیمه درمان ضرورت دارد؟

امر مهمی همچون سلامت که در حد امنیت مهم است به شکل بدی اداره می‌شود، سلامت در دنیا با مشارکت همه ذینفعان اجتماعی اداره می‌شود و محور آن هم مصرف‌کننده است چرا که آورده و قدرت بیشتری دارد. نظام بیمه‌ای مهم‌ترین ارگان حمایت‌کننده از مصرف‌کننده است و خود ادر قبال حق بیمه دریافتی موظف به صیانت از امانت مردم می‌داند. در حال حاضر قسمت اعظم از اعتبارات نظام سلامت در دست وزارت بهداشت است و این قدرت را از بیمه‌ها گرفته است. بیمه‌ها باید چند ویژگی داشته باشند که در کشور ما هیچ کدام وجود ندارد. ویژگی اول این است که بیمه باید این اختیار را داشته باشد که ورودی خود را با خروجی متناسب کند؛ یعنی به گونه نباشد که ۱۰ تومان آورده اما ۱۵ تومان تعهد داشته باشد. نبود گایدلاین و عدم نظارت باعث شده که ما بیش از سایر کشورها در درمان یک عمل خاص هزینه کنیم. ویژگی دوم این است که بیمه باید خریدار هیردی کند. ویژگی سوم نظارت است که اثری از آن در کشور ما دیده نمی‌شود.

امروزه علی‌رغم تلاش زیادی که برای ارتقای وضعیت سلامت مردم شده است، اعم از پزشکان متخصص و فوق تخصص و تجهیزات پیشرفته، باین حال باز هم مردم رضایت کافی را ندارند، علت این امر چیست؟

ما در قوانین تمهیدات زیادی را قائل شده‌ایم که می‌تواند از حقوق مصرف‌کننده حمایت کند. این موارد در تمام قوانین و مقررات ما به خصوص در ۲۰ تا ۳۰ سال گذشته دیده شده‌اند اما اجرایی نشدن؛ متأسفانه آن شاخه‌ای که مانع درخشش نور لازم برای

رفع این مشکلات است و باید بریده شود، اره‌اش دست کسانی است که روی این شاخه نشسته‌اند، تا به حال با وجود پیگیری‌های فراوان، این مقررات و این قوانین به بهانه‌های مختلف اجرا نشده است. به عنوان مثال در سال ۸۹، بالغ بر ۴۰ هزار میلیارد تومان در بخش بهداشت و درمان از بیت‌المال و مشارکت مستقیم مردم هزینه شده است، مقدار حدود ۱۵ هزار میلیارد ریال توسط بیمه‌ها و حاکمیت تأمین شده است، ۲۵ هزار میلیارد ریال را مردم مستقیم از جیب داده‌اند، در حالی که در آن ۱۵ هزار میلیارد هم مشارکت داشته‌اند، ولی با وجود این هزینه‌های سنگینی که به مردم تحمیل شده است، نه رضایت آن‌ها به دست آمده و نه کرامت آن‌ها رعایت شده است و نه به حقوقشان رسیده‌اند.

ساختار طوری است که بنده معتقدم اگر همه اعتبارات کشور هم در این جهت هزینه شود، به دلیل این که این ظرف،

برش ویژه

سال ۸۲ قانون جامع رفاه و تأمین اجتماعی تصویب شد که متری ترین قانون در جمهوری اسلامی بود اما از آنجایی که جامعه پزشکی به عنوان یک جامعه قدرتمند موافق آن نبود نگذاشت شکل بگیرد

صورت این قوانین و مقررات با وجود پیگیری‌ها و اصرار حاکمیت، محقق نمی‌شود. به همین دلیل است که دنیا معتقد است پزشکان به عنوان متخصصان فرهیخته نباید در تخصص‌هایی که توانایی ندارند، مداخله کنند. کشورهای پیشرفته گفتند که پزشک، کار طبابت کند و رابطه مالی‌اش را با بیمار قطع کردند که بنابر این هر نارسایی به وجود بیاید، آن مدیران بخش هستند که زیر سؤال می‌روند. به همین دلیل حرمت و تقدس پزشکی در کشورهایی که پزشکان مداخله در اموری که تخصص ندارند نمی‌کنند، بیشتر حفظ شده است و جالب است که علم جدید معتقد است اگر بین پزشک و بیمار اعتماد لازم وجود نداشته باشد، بسیاری از زحمات بلا اثر می‌ماند اما در کشور ما عکس است.

❖ یکی از مزیت‌های پزشک خانواده همین مسئله است که رابطه مالی بیمار و پزشک را قطع می‌کند، موافق این مسئله هستید؟

❖ پزشک خانواده هم در فلسفه حضورش چند مزیت دارد. یکی این که مسئول پیشگیری و مراقبت‌های اولیه و ارائه خدمات عمومی است، دوم این که این پزشک خانواده به عنوان کسی است که بیمار را می‌شناسد و همه اتفاقاتی که در طول زندگی برای بیمار افتاده است و در پرونده‌اش ثبت است را می‌داند و از این پرونده به عنوان یک ذخیره ارزشمند استفاده می‌کند و جلوی خدمات تکراری غیر ضروری را می‌گیرد. سوم این که چون پزشک، بیمار را می‌شناسد و به همراه بیمار حرکت می‌کند، در سطوح بعدی با کمک گرفتن از آن‌را اهمیتی که در اختیار دارد، نظارت می‌کند که خدمات غیر ضروری و گران قیمت اجتناب‌پذیر ارائه نشود.

برای آماده کردن این پزشکان در غرب در راستای این مسئولیت سنگین دو اتفاق می‌افتد، یکی این که محوریت در اختیار بیمار است و بیمار اجازه دارد پزشکش را انتخاب کند و پزشک را عوض کند. کارت اعتباری یک بیمه‌مقتدر را در اختیار دارد که برای پزشک فرقی نمی‌کند که این بیمار فقیر است یا غنی. آن کارت اعتباری است که مشیت پزشک را تأمین می‌کند چون بیمار اختیار دارد که آن را به هر پزشکی و در هر مدتی بدهد، اینجا در واقع بیماری و شاخه بلند اهرم نشسته است و واقعاً بیمار محوری و بیمار سالاری اعمال می‌شود. دوم این که این پزشک بر مبنای سرانه مدیریت می‌کند یعنی در هر جامعه‌ای مشخص است که سرانه بهداشت و درمان هر نفر چقدر است. پزشک تعداد بیمار خاصی را در یک جمعیت مشخص شده پوشش می‌دهد. اگر پزشک قانون‌ها را رعایت نکند، وظیفه‌اش را درست انجام ندهد، به همراه بیمار در سطوح دیگر حرکت نکند و هزینه‌ها بالا رود، این هزینه‌ها بر عهده خود پزشک خواهد بود چرا که از آن اعتبار مشخص شده سرانه تجاوز کرده است. البته ممکن است که توجیه داشته باشد، مثلاً پزشک بتواند ثابت کند که بیماری‌های مزمن و بیماری‌های خاص این بیمار ها که تحت پوشش هستند، از متعارف بیشتر است. اگر پزشک در ارائه خدمت به خواسته‌های بیمار

توجه نکند و بیمار ضمن این که مرتب از طریق بیمه از حقوقش مطلع می‌شود، می‌تواند پزشکش را عوض کند؛ بنابر این یک ضابطه خودکار و خودجوش برای این کار ارتباط به وجود می‌آید که بیمار در جایگاه عالی خودش بنشیند. پزشک باید راهنماهای طبابت بالینی را رعایت کند و همراه بیمار برود، منظور این نیست که پاهای بیمار برود. در واقع هر اتفاقی که برای بیمار می‌افتد، این پزشک ایشان را ارجاع می‌دهد به سطوح بالاتر و مرتب خدمات را کنترل می‌کند، بنابر این این پزشک به دلیل این که ذی‌نفع است در جلوگیری از هزینه‌های غیر ضروری به طور خودجوش به وظایف خودش عمل می‌کند.

بنابر این بیمار محوری، پرداخت مبتنی بر عملکرد در چارچوب سرانه، تدوین گایدلاین‌های روزآمد و راهنماهای طبابت بالینی و رعایت آن‌ها و حمایت پرداخت‌کننده منابع از پزشک عمومی که وظیفه‌اش را انجام می‌دهد، باعث شده است که تعادل منابع و مصارف حفظ شود و دیگر نیاز به ناظر بالایی و ناظر در کنار کنترل‌کننده وجود ندارد. این یکی از اقدامات ضروری، علمی و کارآمدی است که دنیا بعد از پیشرفت تکنولوژی و علم در پزشکی از آن استفاده کرده است و در واقع این تعادل را به وجود آورده است.

پزشک خانواده نزدیک به ۱۷ تا ۱۸ سال است که توسط

حاکمیت به بخش سلامت تکلیف شده است. در قوانین برنامه توسعه چهارم و پنجم به شدت تأکید شده است اما متأسفانه به بهانه‌های مختلف این داستان به تأخیر می‌افتد که یکی از این بهانه‌ها این است که می‌گویند پزشک خانواده باید تخصص پزشکی خانواده را داشته باشد.

در دنیا ابتدا پزشکان عمومی با آموزش‌های تکمیلی به عنوان پزشک خانواده ایفای نقش کردند بعدها که آن جوامع با تورم پزشک مواجه شدند، گفتند شما بیاید چند سالی تخصص پزشک خانواده را ببینید. در حالی که پزشکان عمومی قبلی هم انجام وظایفشان یک ماهیتی داشت، یعنی پزشک با تشخیص افتراقی، بیمار را به سطوح بعدی ارجاع می‌داد، متخصص مربوطه با پزشک در ارتباط بود. با گزارش‌هایی که می‌داد، می‌گفت این بیمار به این دلیل به من مربوط نیست یا این بیمار به من مربوط است و این در مان را دارد.

این در مان مستمر و دائمی بین پزشک خانواده و متخصصان باعث می‌شد که این پزشکان به سرعت از یک تجربه و علم بسیار مفیدی بر خوردار می‌شدند که در واقع بهترین خدمات را در سطح اول به بیمار می‌دادند و نیازی به این که تخصص ببینند، پیدا نمی‌کردند. ما اگر معتقد هستیم که باید پزشک به عنوان پزشک خانواده تخصص می‌دید، در ۱۶ تا ۱۷ سال گذشته باید به اندازه کافی متخصص می‌داشتیم. اگر هم مطابق تجربه دنیا در ابتدا ضرورتی ندارد، خوب چرا طرح را اجرایی کنید؟ فرض کنید ما حداقل ۳۵ هزار پزشک خانواده نیاز داریم، کشور توان تربیت هزار نفر در سال را هم ندارد. این هم یک پدیده‌ای است که باید حداقل ۳۵ سال به تأخیر بیفتد؟ در حالی که تجربه‌های موفق دنیا نشان می‌دهد که پزشکان عمومی اگر درست تربیت شوند، به راحتی می‌توانند ایفای نقش کنند. اگر هم تربیتشان به دلایلی اشکال پیدا کرده است و برای متخصص شدن تربیت شده‌اند، در آموزش‌های تکمیلی می‌توانند این توان را به دست بیاورند.

یک اتفاقی در کشور در سال ۶۳ افتاده، بر اساس پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی، چون ما پزشک نداشتیم، از نیروهای زیر دیپلم استفاده کردیم و با آموزش‌هایی که به آن‌ها دادیم، بخش فراوانی از وظایف پزشک را در اختیار بهورز گذاشتیم. به خصوص در شبکه‌های بهداشتی که امکان دسترسی به پزشک کم بود، این اتفاق جواب داد. ما به خاطر این کار جایزه سنگینی را که در سطح بین‌المللی بود، گرفتیم. وقتی که یک بهورز می‌تواند در این حد ایفای نقش کند، یک پزشک عمومی به عنوان یک جوان با استعدادی که ۷ تا ۸ سال در س خوانده است، این کار را نمی‌تواند انجام دهد؟

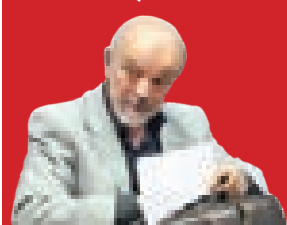
❖ یکی از بهانه‌ها برای عدم اجرای این طرح کمبود منابع مالی است، چه قدر معتقدید مشکل اصلی نبود منابع مالی است؟

❖ اگر بحث مالی هم باشد، بیشتر از اعتبار مورد نظر برای تأمین پزشک خانواده، اعتبار داریم. مایک محاسبه‌هایی را زمانی که قرار بود پزشک خانواده را اجرا کنیم در آورده‌ایم. اگر به طور متوسط به هر پزشک خانواده حدود ۱۰ میلیون تومان ماهیانه حقوق بدهیم و ۳۵ هزار پزشک خانواده را از ۷۰ هزار پزشک عمومی که داریم در خدمت بگیریم این ۳۵ هزار پزشک با متوسط ۱۰ میلیون تومان حدود ۴ هزار و ۲۰۰ میلیارد تومان پول می‌خواهند. اگر به هر پزشکی هم دو تا دستیار بدهیم، حالا یا ماما یا پرستار باشند، به حساب این که این پزشک زن یا مرد است، یا کجای زندگی می‌کند و به آن دستیار هم یک حقوق متداولی که تقریباً یک میلیون تومان پول بدهیم، ۷۰ هزار دستیار به ۳۵ هزار پزشک هم رقمی معادل هزار و ۸۰۰ میلیارد تومان است که برآورد این هزینه ۶ هزار میلیارد تومان می‌شود؛ کل هزینه ملزومات پزشکی و دارو بر اساس آمارهایی که هر ساله بیمه‌ها می‌دهند، کمتر از ۲ هزار میلیارد تومان است.

یعنی ما برای اجرای برنامه پزشک خانواده در سامانه ارجاع با تمام هزینه‌هایش کمتر از ۸ هزار میلیارد تومان پول می‌خواهیم. در حالی که الان اعتبارات وزارت بهداشت بالغ بر ۶ تا ۷ هزار میلیارد تومان است. اعتبارات بیمه‌ها هم که الان بالغ بر ۱۵ هزار میلیارد تومان است و باید حداقل ۴۰ درصد آن صرف سطح اول شود. آن ۴۰ درصد هم بالغ بر ۶ تا ۷ هزار میلیارد تومان می‌شود یعنی ما به مراتب بیشتر از نیازمان برای اجرای

برش ویژه

پزشک خانواده نزدیک به ۱۸ سال است که به بخش سلامت تکلیف شده. در قوانین برنامه توسعه چهارم و پنجم هم به شدت تأکید شده است اما متأسفانه به بهانه‌های مختلف به تأخیر می‌افتد که یکی از این بهانه‌ها این است که می‌گویند پزشک خانواده باید تخصص پزشکی خانواده داشته باشد



باید نیاز ۸۰ درصد مردم را تأمین می کرده است، به حدی کاهش داده شود که اگر مردم مجبور نباشند، مراجعه کنند. از آن طرف مردم را به بخشی خصوصی سوق دادیم؛ بخش خصوصی چیز بدی نیست و ضرورت دارد. بخش خصوصی ۲۰ درصد امکانات را در اختیار دارد و ما بیشتر از ۲۰ درصد در جامعه مصرف کننده‌ای داریم که دغدغه‌ای برای پرداخت تعرفه‌های بخش خصوصی ندار دولتی این که ما بخش دولتی را با این قوانین فلج کرده ایم، یکی از آن معضلاتی است که بخش بهداشت و درمان با آن مواجه هست.

اما راه حل این مسئله در قانون شفاف آمده است و آن هم قانون تمام وقتی است

به بهانه‌های مختلف گفتند که این قانون اجرایی نیست؛ بهانه‌ها این است که ما بودجه نداریم به متخصصان تمام وقت بدهیم، یکی دیگر از بهانه‌ها این است که تعرفه پزشکان دولتی یا تعرفه دولتی این قدر پایین است که پزشک تمام وقت تأمین نمی شود. در مورد تعرفه‌ها هم باید اذعان کرد که نامتعادل است؛ علتش هم این است که تعرفه‌ای که در ایران به آن عمل می شود، ۳۰ سال پیش از آن شرکت‌هایی که ارزش نسبی را تأمین می کنند، گرفته شده است. در این ۳۰ سال همه ساله این تعرفه روزآمد شده است اما در کشور ما این اتفاق نیفتاده، بنابراین به مرور تعرفه‌ها نامتعادل شده است. کسی برای کاری که از نظر ارزش نسبی بایک کار دیگری مساوی است، ۱۰ برابر، ۲۰ برابر، ۳۰ برابر ارزش نسبی می گیرد و این عدم تعادل، تعرفه گذاری را بی ارزش و غیر قابل اجرا کرده است. لذا ایجاد تعادل در تعرفه‌ها ضروری است. ما در سال ۸۷ با تعرفه‌های نامتعادل دولتی پزشکان کشورمان برای هر ساعت بین ۸۰ تا ۱۷۰ هزار تومان درآمد مواجه بودیم که این تفاوت به دلیل عدم تعادل است. تعرفه‌ها در ۵ سال گذشته تقریباً دو برابر شده است که بالغ بر ۲۰۰ هزار تومان در ساعت می شود، یعنی برای ۲۰۰ ساعت ۴۰ میلیون تومان یا برای ۱۷۵ ساعت یک رقم فراوانی حدود ۳۰ میلیون تومان دریافت می شود. می‌گوییم به دلیل نبود پول، این قانون اجرایی نیست که پزشکان تمام وقت شوند. ما فرض را بر این بگذاریم که اصلاً این اعتبار را نداریم. بیاییم اعتبار اضافه‌ای را پیش‌بینی کنیم، یعنی پزشکان آن حقوق و مزایا و اعتباراتی که دریافت می کنند، سر جای خودش است، علاوه بر این برای هر پزشک به طور متوسط ماهانه ۲۰ میلیون تومان اضافه در نظر بگیریم. ما برای هر هزار متخصص تمام وقت ۲۴۰ میلیارد تومان پول لازم داریم، یعنی اگر از ۱۲ هزار متخصص شاغل در بخش عمومی به طور داوطلبانه ۸ هزار نفر داوطلبانه باشند که در این صورت افزایش کارایی و کیفیت در بخش عمومی بی نهایت می شود. ما برای این ۸ هزار نفر، ۲ هزار میلیارد تومان پول لازم داریم. سؤال اینجا است، حالا که ما نزدیک به ۴۰ هزار میلیارد تومان در بخش عمومی اعتبار داریم، آیا برای این دو هزار میلیارد تومان مشکلی داریم؟ ضمن این که این دو هزار میلیارد تومان هزینه نیست.

مشکلات به دلیل عدم اجرای قوانین و به علت تعارض منافع است که چند دلیل این مشکلات را ایجاد کرده است: ۱- وجود قوانین ضدونقیض ۲- عدم نظارت ۳- پیگیری اجرای قوانین؛ بنابراین قوانین مترقی مثل پزشک خانواده، تمام وقت بودن پزشکان در بخش دولتی و تجمیع منابع؛ کشور های ثروتمند با سرانه‌های بالایشان منابعشان مشخص شده است و تجمیع شده‌اند، البته به این معنی نیست که منابع همه جا در یک نهاد تجمیع شود. منابع چون پرداخت مبتنی بر عملکرد است، فقط خرج دریافت خدمت می شود اما ما الآن این منابع ناچیز را به طور پراکنده توزیع می کنیم و هیچ کسی هم پاسخگو نیست.

پزشک خانواده در سامانه ارجاع اعتبار دولتی و بیمه‌ای داریم که به هیچ وجه نباید از مردم انتظار داشته باشیم که در سطح اول و جبهی را از جیبشان پرداخت کنند لذا پزشک خانواده در کشور های موفق مهم ترین گام در سامانه این بخش است که ما تکلیف قانونی طولانی مدت داریم ولی به دلیل تعارض منافع و به بهانه‌هایی هنوز به تأخیر افتاده است. من خودم که سال ۵۸ به ایران آمده بودم، در این سیستم تربیت شده بودم و آرزو داشتم که این اتفاق بیفتد. زمانی که در سازمان تأمین اجتماعی بودم، آنجا مصوب کردیم که برای بیمه شدگان تأمین اجتماعی پزشک خانواده به طور مر حله‌ای و داوطلبانه اجرا شود که حالا مسئولان بعدی پیگیری نکردند. متأسفانه پزشک خانواده‌ای که اسماً اجرا شد، هیچ ارتباطی به پزشک خانواده‌ای که دنیا دارد، ندارد.

به اعتقاد خیلی از وزرای سابق و نمایندگان مجلس تاکنون سلامت در اولویت اعتباری دولت‌ها نبوده است و برای همین نوسانات اعتباری زیادی داشته‌ایم که مانع برنامه ریزی مناسب می شود، حتی برخی به نظام سلامت به عنوان یک حوزه هزینه‌زای صرف نگاه می کنند.

اصلاً بحث اعتبارات نیست، من عرض کردم هر چه بیشتر در این بخش اعتبار هزینه کنیم، در اصل سرمایه گذاری می کنیم، ولی مشکل ما را صرفاً اعتبار حل نمی کند. اگر آن کشوری که ۱۰ هزار دلار سرانه دارد برای یک خدمت هزار دلار هزینه می کند ما برای آن خدمت مشابه ۵ هزار دلار هزینه می کنیم، این نمی تواند سامان پیدا کند. در کشور ما یکی از اتفاقاتی که افتاده است، این است که استفاده از علم بالینی جای خودش را به استفاده از تجهیزات گران قیمتی داده که فقط شرکت های خارجی را تقویت می کند. چند تا مثال عملی بزنیم؛ ۸۰ درصد امکانات بهداشت و درمان در کشور، عمومی است که با سرمایه سنگین مردم احداث شده و با هزینه های زیاد بیت المال اداره می شود ولی مردم اگر مجبور نباشند، به این مراکز مراجعه نمی کنند.

حالا بعضی ها می گویند که ما خدمات خیلی خوبی می دهیم، ولی با چه کیفیتی؟ می‌گویند واقعیت ندارد که مردم اگر مجبور نباشند به سیستم دولتی مراجعه نمی کنند. سؤال ما این است اگر این گونه است، برای چه این بیمه‌های تکمیلی که اسماً تکمیلی هستند، به وجود آمده؟ چرا تقریباً تمام وابستگان به نهادهای دولتی و همه آن کسانی که دستشان به جیبشان می رسد، بیمه تکمیلی برای خودشان می خرند؟ بیمه تکمیلی یعنی نجات از بخش دولتی. بیمه تکمیلی، تکمیلی نیست. بیمه تکمیلی یعنی خدمات درمانی ای که بیمه‌های پایه ارائه نمی دهند ولی بیمه‌های تکمیلی ما همان خدمات پایه را با تعرفه چند برابر ارائه می دهند که مردم بتوانند با این بیمه تکمیلی به بخش خصوصی مراجعه کنند. اگر مردم از خدمات دولتی راضی بودند، به چه حسابی بیمه تکمیلی را که بیمه تکمیلی نیست انتخاب کردند؟

ما باید تعرفه‌ها را متعادل می کردیم که به علت منافع یک عده‌ای که اقتدار داشتند، این اتفاق نیفتاده است. بعد اختیار بخش خصوصی را به صنف دادیم و این ها هم تعرفه‌ها را ۱۰ برابر کردند. حالا فرض کنیم که قانون هم رعایت شده است، اتفاق بدتری که افتاده است این است که ما اداره بخش عمومی که با سرمایه عظیم ملی احداث شده است را دچار مشکل کرده ایم. چرا؟ چون به پزشکی که در بخش دولتی کار می کند، اجازه دادیم در بخش خصوصی هم کار کند. این پزشک قانوناً و شرعاً می تواند برای خدمت مشابه اگر در بخش دولتی یک واحد حق العلاج می گیرد، در بخش خصوصی ۲۰ برابر بگیرد. این به چه معنی است؟ اگر معصوم نباشیم، ما پزشکان حاضر هستیم ۲۰ برابر را را ها کنیم و یک برابر را اجرا کنیم؟ این باعث شده است کیفیت و کمیت در بخش عمومی که

خبر مرتبط



انتقاد وزیر سابق بهداشت از دولت یازدهم درباره انحلال ها در طب سنتی

در دولت قبل تأسیس دانشگاه جامع طب سنتی تصویب شد اما در دولت جدید احداث این دانشگاه را منحل کردند. طب سنتی بسیار کم هزینه، قابل دسترس همگان و بدون عارضه است، طب نوین در دنیا گران است و به دلیل مداخله مافیای پزشکی، این طب تجاری شده به گونه‌ای که حتی ثروتمندترین کشورها نیز قادر نیستند منابع لازم را در اختیار طب نوین قرار دهند. در کشور ما باید طب ایرانی - اسلامی مورد توجه بیشتر قرار گیرد و گسترش یابد؛ برای این منظور لازم است در خانواده‌ها، مهدهای کودک، مدارس و محافل علمی این طب ترویج یابد و مردم این نیاز را در مقوله سلامت مطالبه کنند. تشکیل دانشگاه علم و دین در کشور، وعده زیبایی است و تا زمانی که اجرایی شود، عمر دولت تمام می شود.

تئیسیر کائون هرینه های درمان از بیمارستان شاپه پخش سربانی

مردم فقیرتر می شوند

کاهش پرداخت از جیب مردم فقط در بیمارستان هاست



گفت‌وگو
مهدی پناهی

نظام‌مند کردن سلامت در همه کشورها قدمتی دیرینه دارد و کشورهای پیشروی امروز، حرکت خود را دهه‌ها قبل آغاز کردند و در این مسیر با اصلاحات متعدد به نقطه فعلی رسیدند، اما در کشور ما نزدیک به دو سال است که سیاست کلان سلامت ابلاغ شده است، به دلیل نداشتن نقشه راه سبب شده تا به امروز هر وزیر بهداشتی که بر سر کار آمده سلیقه خودش را دنبال کند، یکی بهداشت، یکی درمان، یکی تأمین مالی و... کامران باقری لنگرانی وزیر بهداشت دولت نهم در گفت‌وگوی اختصاصی با ر صد به این مسائل اشاره و مشکلات ساختاری نظام سلامت را بیان می‌کند، مشکلاتی که سبب می‌شود مسئولین به دنبال برنامه‌های زودبازده و شعاری باشند، نمونه آن هم طرح پزشک خانواده که قرار بود در شیراز اجرا شود اما ناگهان در تهران با حضور وزیر وقت بهداشت اجرا شد! لنگرانی در این گفت‌وگو گریزی به برخی قوانین بر زمین مانده مثل قانون تمام‌وقتی هم می‌زند و می‌گوید حتی خود مسئولان ستادی وزارت بهداشت هم تاکنون این قانون را اجرا نکردند. در ادامه این گفت‌وگو را بخوانید.

وقتی تمرکز می‌کنیم و پول می‌گیریم و خرج می‌کنیم، این مشکل حل می‌شود ولی این یک سیاست تحولی نیست، یک سیاست افزایشی است که اغلب هم موفق و همه گروه‌های ذی‌نفع هم خوشحال می‌شوند، اما در کوتاه‌مدت.

در طرح تحول سلامت همین اتفاق افتاده است، مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های دولتی و ارائه‌دهندگان خدمات هم رضایت داشتند اما بافاصله کوتاهی نارضایتی از همان ارائه‌دهنده‌های خدمات شروع شد و به مرور به دریافت‌کنندگان هم رسید.

ما در تحولات نظام سلامت نقشه راه نداشتیم، همین امر باعث شده که یک مسیری که به صورت مستدام ادامه پیدا کند و بدانیم از کجا شروع می‌کنیم و به کجا می‌خواهیم برسیم را از دست بدهیم. رفت‌وآمد مسئولان وزارت بهداشت و وزرای مختلف باعث شده است که در مسیر حرکت وزارت بهداشت فراز و نشیب ببینیم، مثلاً یک دوره تأکید وزیر بر بهداشت باشد، دوره بعد وزیر دیگر یا گروه دیگری بیاورد و تأکیدشان بر درمان باشد.

➤ به نظر شما طرح تحول ما را به اهدافی که در نظام سلامت داشته‌ایم، رسانده است یا نه؟

❖ عوامل اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و گروه‌های ذی‌نفع در شکل‌گیری سیاست‌ها نقش دارند، حتی پیامی که بدنه کارشناسی یک وزارتخانه به مدیران ارشد منتقل می‌کند، در سیاست‌گذاری نقش دارد، به خاطر همین موضوع اغلب سیاست‌گذاران ترجیح می‌دهند کارهایشان، در راستای یک سیاست‌گذاری افزایشی باشد و یک کار سنگین را برندارند، این خودش تضمین هم دارد چرا که اگر روی یک موضوع تمرکز کنید، می‌توانید آن را تا حدودی بهبود هم ببخشید، ولی کار اساسی و بنیادی هم نکردید.

بیشتر سیاست‌گذاری‌های سلامت در کشور ما نوعاً سیاست‌گذاری افزایشی بوده است نه یک کار بنیادی، کمتر سیاستی مثل PHC یا تأسیس شبکه‌های بهداشت و درمان یک سیاست‌گذاری تحولی بوده است، مثلاً در بیمارستان‌هایمان مشکل داشتیم، مریض که می‌آمد، می‌گفتیم برو دمپایی، خمیر دندان و نخ بخیه بخر،

راهبردی»، باعث شده که بعضی از مصوبات برنامه چون در آنجا تایید یا موافقت نشده است، عملی نشود.

دومین انتقاد این است که وقتی یک برنامه‌ای به‌عنوان برنامه توسعه کشور برای مقطع پنج‌ساله تنظیم می‌شود، قاعدتاً بودجه‌های سالیانه باید در چارچوب اجرایی شدن این برنامه تنظیم شود. این اثرگذاری برنامه در بودجه‌های سالیانه گاهی اوقات آن‌طور که شایسته بوده، پررنگ نبوده است. یک مثال بزنم؛ با زحماتی که مجلس محترم در پایان سال ۹۰ متحمل شد، حدود ۲ هزار میلیارد تومان برای بخش سلامت در اختیار دولت قرار گرفت؛ منتهی ۲ هزار میلیارد تومانی که دستور خرج مشخصی نداشت و دستور این بود که به بخش سلامت کمک شود. واقعیتش این است که بخش سلامت از یک کمبود بودجه تاریخی رنج می‌برد. ما در سالیان مختلف اگر بخواهیم در خوش‌بینانه‌ترین حالت با قدرت برابری دلار حساب کنیم، همواره کمتر از ۵۰۰ دلار در بخش سلامت سرمایه‌گذاری سرانه داشته‌ایم و این یک نقطه ضعف بوده است.

این که ما در بخش سلامت کمبود بودجه داشتیم، معلوم و روشن است و جای تقدیر هم دارد که هرچقدر ما بتوانیم اعتبارات این بخش را اضافه کنیم؛ غیر از اتفاقاتی که در سال گذشته رخ داده است، همیشه بخش رشد سلامتمان از متوسط رشد بودجه کشور کمتر است این در حالی است که تورم بخش سلامت با توجه به مطالعات به‌عمل آمده در مرکز تحقیقات، به‌طور متوسط دو برابر تورم در سایر بخش‌ها بوده است. عمده این افزایش تورم هم مربوط به این بوده که نظام سلامت ما فن محور است و این فن محوری هزینه‌های ما را زیاد کرده است.

ما این کمبود اعتبار را قبول داریم و واقعی هم بوده است و بالاخره مجلس در مقاطع مختلف در این چهار، پنج سال گذشته سعی کرده که آن را اصلاح کند، مثل همان اتفاقی که سال ۸۹ افتاد. این افزایش اعتبار وقتی که با دستور خرج همراه نباشد، امکان رفتارهای سلیقه‌ای را زیاد و پاسخگویی را کم می‌کند، یعنی معلوم نمی‌شود این پولی که در اختیار قرار می‌گیرد و حتماً هم هزینه می‌شود، آیا مطابق یک مسیر مشخص هزینه شده است یا نه؟

به‌عنوان مثال در همان اعتباری که اشاره کردیم، یکی از اتفاقاتی که افتاد، این بود که در آن سال یک احساس امنیت مالی در بخش سلامت پیش آمد و باعث شد بخش عمده‌ای از این اعتبارات اختصاص یافته به یک فوق‌العاده شغل تبدیل شود، می‌دانیم که فوق‌العاده شغل در کل نظام‌های پرداخت یکی از بدترین کارها است چرا که با عملکرد ارتباط ندارد و همگانی هم است و این طور نیست که یکی که کار کردش خوب است، تشویق شود و کسی که کار کردش بد است، مواخذه شود و به همه به‌طور برابر پرداخت می‌کند. به‌طور مثال بودجه وزارت بهداشت با این اعتباری که اختصاص داده شد حدود ۳۰ درصد افزایش پیدا کرد ولی این موضوع به معنای این امر نیست که ۳۰ درصد بهرهوری افزایش پیدا کرد، بلکه افزایش بهرهوری ۲ درصد هم نبود، حتی شاید این پرداخت باعث کاهش بهرهوری هم شد چرا که بین کسانی که کار کرد خوب و یا بد دارند، تفکیک قائل نمی‌شد.

❖ دلیل اجرایی نشدن طرح پزشک خانواده چه بود؟

❖ یکی از مهم‌ترین دلایلی که طرح پزشک خانواده عملیاتی نشد، این بود که در دولت هم‌زمانی برای پزشک خانواده وجود نداشت و هنوز هم وجود ندارد. در حال حاضر از خود وزارت بهداشت هم صحبت‌های متفاوتی می‌شنویم، یعنی یکجایی می‌گویند پزشک خانواده خوب است، عده‌ای می‌گویند پزشک خانواده بد است.

آن موقع وزارت بهداشت به‌اتفاق می‌گفتند که پزشک خانواده خوب است اما گروه کم‌کشان که عبارت بود از وزارت رفاه، اشکالی اساسی در مفهوم پزشک خانواده داشت و مفهومی که از پزشک خانواده درک می‌کردند، بیشتر مفهوم درمان محور بود که با فلسفه پزشک خانواده و نقش آن به‌عنوان ارتقادهنده سلامت و حافظ سلامت

یک اتفاق بسیار مهم سال گذشته رخ داد و آن ابلاغ مصوبه‌های کلی نظام سلامت بود؛ تا قبل از این ابلاغ به‌نوعی این انتقاد که ما نقشه راه نداشتیم و نمی‌دانستیم کجا می‌خواهیم برویم، وارد بود اما الان دیگر بهانه‌ای پذیرفته شده نیست. در سیاست‌های ابلاغی رهبر معظم انقلاب برای بخش سلامت در این ۱۴ بندی که ایشان ابلاغ کرده‌اند، برای اهم موضوعات نظام سلامت تعیین مسیر شده است و مشخص شده که ما باید چه اقدامی انجام دهیم. به‌عنوان مثال در بحث دارو تأکید شده است که باید نظام دارویی ما مبتنی بر نظام ژنریک باشد. حالا اگر کسی بپاید سلیقه‌ای کار دیگری کند این قابل قبول نیست چرا که دیگر وقت آن نیست که ما بخواهیم با همدیگر بحث کنیم و بگوییم این خوب است و آن بد است.

اینجا دیگر طبق قانون اساسی مسیر حرکت ما روشن شده است؛ مثلاً در بحث ادغام و انتظار آموزش علوم پزشکی در این سیاست‌ها تأکید شده است که تکلیف همان ادغام است، لذا مسیر دیگری قابل تصور نیست و باوجود اینکه ما وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی داریم، این امر باید با محوریت وزارت بهداشت صورت بگیرد، روشن شده است که تولید با وزارت بهداشت است و وزارت بهداشت باید به‌عنوان تولید پرچم‌دار این کار باشد.

نکته دوم این است که ما باید اذعان کنیم که در بسیاری از دولت‌ها موضوع سلامت، موضوع اول آن‌ها نبوده است و این امر در خور تقدیری است که دولت یازدهم، موضوع سلامت را به‌عنوان یک موضوع اصلی قرار داده است. این یک فرصت است و از این جهت جای تقدیر و سپاس است که بالاخره به این موضوع توجه و برای آن برنامه‌ریزی شده است و جزو مطالبی است که رئیس‌جمهوری در سخنرانی‌هایش به آن توجه می‌کند و در بودجه‌ریزی کشور جزو اولویت‌ها اعلام شده است. لذا با این دو نکته که گفتیم باید همه تلاش‌هایمان را معطوف به اجرای آن سیاست‌ها کنیم؛ اگر غیر از این شود، دچار اشکال می‌شویم و بعد از چند سال نگاه می‌کنیم که از نقشه راه و آن همگرایی فعالیت‌ها دور افتاده‌ایم و چه بسا باعث شود که از مسیر اصلی دورتر شویم.

❖ منظور سیاست‌های سلامت از تولید چیست؟

❖ از بحث تولید قرائت‌های مختلفی می‌توان داشت. مهم‌ترین نکته این است که واقعاً تولید شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت، توسط وزارت بهداشت انجام می‌شود. بند ۷-۲ ابلاغیه، گفته است که مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت و همکاری سایر مراکز و نهادهای صورت می‌گیرد. البته این موضوع بالاخره جهت‌های کلی را روشن می‌کند. آن چیزی که مهم است، این که اگر تولید با وزارت بهداشت است، وزارت بهداشت معین می‌کند که به‌طور مثال باید برای غربالگری بیماری‌های غیرواگیر غربالگری سرمایه‌گذاری کنیم. این به معنای این است که بیمه‌ها هم باید این را بپذیرند چرا که این سیاست کلان بخش سلامت است.

زمانی که وزارت بهداشت را تحویل گرفتیم، وزارت رفاه ایجاد شد، به‌جای این که ما تولید نظام سلامت را متمرکز کنیم، دولت و مجلس وقت با ایجاد وزارت رفاه این تولید را شکستند، در همان زمان یک سال وقت ما گرفته شد که یارانه دارو را کدام وزارتخانه خرج کند یا در بحث تعرفه که به‌نظام پزشکی داده شد، در حالی که ابزار حاکمیت وزارت بهداشت بود.

برای رقم زدن درست آینده سلامت باید سیاست‌های کلان را مبنای کار قرار بدهیم، اگر طرح تحول را هم آنالیز کنیم و ببینیم در راستای این سیاست‌هاست، طرح تحول خوب خواهد بود، البته به‌نظم نیاز به اصلاحاتی دارد.

❖ اشکال کار کجا بود که برنامه پنجم توسعه که آرمان شهر نظام سلامت ما بود، اجرایی نشد؟

❖ در متن برنامه توسعه پنجم یک اتفاقی افتاده است که نه فقط در بخش سلامت، در خیلی از موارد دیگر، این عبارت «با هماهنگی معاونت برنامه‌ریزی و نظارت

برش ویژه

در متن برنامه توسعه پنجم یک اتفاقی افتاده است که نه فقط در بخش سلامت، در خیلی از موارد دیگر، این عبارت «با هماهنگی معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی» باعث شده که بعضی از مصوبات برنامه چون در آنجا تایید یا موافقت نشده است، عملی نشود



متفاوت است؛ این تفاوت نگرش باعث شده بود که دولت نتواند به یک برنامه واحدی برسد.

در کنار این‌ها یک ولعی هم وجود داشت که یک سری کارها سریع انجام شود که این ولع در نهایت منجر به این شد که بعضی از اقدامات، بدون هماهنگی و دیدن الزاماتش انجام شود و نتیجه‌اش منجر به کارهای نمایشی و بدون پشتوانه شد. مثلاً قرار بود معاون اول وقت وزارت بهداشت به شیراز بیاید و برنامه پزشک خانواده را به‌طور رسمی افتتاح کند اما به‌صورت ناگهانی این طرح هفته قبلش با حضور وزیر وقت بهداشت در تهران افتتاح شد. الان از آن واقعه تقریباً ۴ سال می‌گذرد، در تهران ما چقدر پزشک خانواده داریم؟ اصلاً پزشک خانواده هماهنگ کرده‌ایم یا نه؟ آن افتتاح چه معنایی داشت؟ در شیراز هم که افتتاح شد تا مدت‌ها بیمه‌ها می‌گفتند چون با ما هماهنگ نشده است ما اصلاً پولی در این رابطه نمی‌دهیم. پزشک خانواده در طول زمان قطعاً باعث صرفه‌جویی در هزینه می‌شود اما در سال‌های اول احتیاج به سرمایه‌گذاری دارد. بخشی از این سرمایه‌گذاری سخت‌افزاری و بخشی از آن نرم‌افزاری است.

یکی از سخت‌افزارهای خیلی مهم برای موفقیت پزشک خانواده، فناوری اطلاعات است؛ یعنی یک رکن پزشک خانواده موفق، نظام پایش الکترونیک است که شما کاملاً شفاف می‌توانید نسبت به پایش عملکرد پزشکان نسبت به پایش سلامت مردم، نسبت به روند ار جاع و خیلی از فاکتورهای دیگر مراقبت کنید. وقتی همه این‌ها هیچ کدام اتفاق نیفتاده است. عملاً پزشک خانواده یک شیر بی‌بال و دم می‌شود که به هیچ دردی نمی‌خورد.

❖ چرا طرح «تمام وقت شدن پزشکان» عملیاتی نشد؟

❖ این هم علت‌های مختلفی داشت، یک علتش این بود که نحوه نگرارش این موضوع بالاینکه استحکام زیادی هم دارد، یک جور «و» و اوایل دارد که مخالفان این طرح از همین نقطه نهایت بهره را بردند.

❖ «و» اوایل چیست؟

❖ یک نوع قرار از زیر بار مسئولیت است. یکی از مهم‌ترین معضلات این طرح این است که مسئول اجرایی آن مشخص نیست. شاید بعدها افرادی خواستند این طرح را اجرا نکنند، رفتند در متن طرح خرده‌گیری کردند اما اشکالات واقعی‌تر در طرح این است که اگر قصد انجام این کار را داریم، باید بودجه مناسبش را ببینیم. این واقعیتی جدی است که تفاوت درآمد بخش خصوصی و بخش دولتی روزافزون در حال افزایش است. حتی بعد از طرح تحول نظام سلامت و بعد از تغییر تعرفه‌ها،

تفاوت درآمد بخش خصوصی و بخش دولتی خیلی بیشتر شده است؛ ما نمی‌توانیم از همه توقع داشته باشیم که چشم بر این تفاوت درآمد ببوشند.

نمی‌گوییم یک نفر که امروز فارغ‌التحصیل شده است و هنوز تجربه‌ای ندارد، مشابه یک استاد تمام و متخصص مجرب به او بپردازیم ولی در شرایط مشابه باید شبیه یکدیگر باشند یا حداقل دو برابر تفاوت داشته باشند ولی وقتی می‌بینیم تفاوت درآمد بین بخش خصوصی و بخش دولتی گاهی بیش از ۱۰ برابر می‌شود، آن وقت اینجا الزامش را می‌بینیم که مشوقی را که برای حضور افراد در بخش دولتی باشد، نداریم. خب طبیعی است که حتی اگر هم نروند این ولع وجود دارد که بروند! دومین اشکال این است که خود مجری کار، تمام وقت نیست.

❖ مجری کار چه کسی است؟

❖ کسی که قاعداً باید مسئول نظام سلامت باشد. در متن قانون صراحت دارد که از رئیس دانشگاه، مسئولان ستادی وزارت بهداشت و معاونان وزارت بهداشت، همه باید تمام وقت باشند. من تا به حال نشنیده‌ام که قوه مجریه مورد سؤال قرار بگیرد که چرا تمام وقت نیستید؟ من

نشنیده‌ام که وقتی می‌خواهند رأی اعتماد بدهند این را الزام کنند که شما وقتی که می‌خواهید سکان دار این کار بزرگ بشوید، باید تمام وقت شوید. اگر قانون گفته است که افراد باید تمام وقت باشند، از وزیر بهداشت تا معاونان تا رئیس دانشگاه تا معاونین دانشگاه‌ها و تا مسئولان ستادی وزارت بهداشت باید حتماً تمام وقت باشند. طبیعتاً با این اوضاع نمی‌توانیم یقه یک استادی در یک شهرستان که با بیچارگی و با سختی‌ها و کمبودها ایستاده است و حالا عصر هم می‌خواهد مطلب باشد را بگیریم و بگوییم که حق نداری در مطب فعالیت داشته باشی.

❖ چرا سیاست‌گذاری در وزارت بهداشت، از کانال تأمین منافع پزشکان متخصص است، این پزشکان در لایه‌های حاکمیتی مثل نظام پزشکی، وزارت بهداشت و مجلس هم حضور دارند؟

❖ ذی‌نفعان تلاش می‌کنند از کانون‌های قدرت پنهانشان برای اثرگذاری در سیاست‌گذاری استفاده کنند، این چیز عجیبی نیست، زمانی گفتیم یک دارو وارد کشور نشود چون هیچ مستند علمی برای تأثیرگذاری آن نبود، برای این که تصمیم ما را مختل کنند، موج رسانه‌ای راه انداختند که مردم به خاطر نبود این دارو می‌میرند، یا این که هر چند وقت یک‌بار در کشور مان موج شیوع ام‌اس ایجاد می‌شود، در حالی که پشت این موج شرکت‌های واردکننده داروهای ام‌اس هستند لذا این موضوع روشن است و در همه دنیا این گونه است.

مثال دیگر این که مجلس قانون تمام‌وقتی را مصوب کرده است، در همین مجلس فعلی هم به سه وزیر بهداشت رأی دادند، ولی هیچ کدام نگفتند که با وزیر شدن مطب را تعطیل می‌کنی یا نه. اگر می‌خواهیم به این مشکلات رسیدگی کنیم، باید واقعیت را درک کنیم، بدانیم منافع چه کسانی در معرض خطر است.

باید در سیاست‌های سلامت با توجه به محوریت عدالت اجتماعی و منافع مردم ابزارهایی را پیش‌بینی کنیم که با موارد مخالف آن برخورد کند، قانون این ابزار را داده است، مثلاً رئیس مجلس می‌تواند مصوبات هیئت دولت را ابطال کند، دیوان عدالت اداری، مصوبات وزیر را ابطال کند، باید از این ابزارها استفاده درست کرد، در حالی که طرف مقابل الان حداکثر استفاده را از این ابزارها می‌کند. اگر یک طرح کلان نداشته باشیم، با مصادیق کوچک برخورد می‌کنیم، فهم من این است که ما باید برای نظام ار جاع کار کنیم، این یک تحول آفرینی است و هر کس خلاف این روح عمل کرد، متهم شود.

❖ در حوزه سلامت چه مسائلی را اصلی‌ترین مشکلات این حوزه می‌دانید؟

❖ اغلب خدمات نظام سلامت امروزه به‌صورت سرپایی انجام می‌شود، ما تحقیقی درباره حساب ملی سرانه کشور انجام داده‌ایم که کانون‌های هزینه به‌مرور تغییر پیدا کرده است. تا ۱۵ سال پیش مهم‌ترین کانون هزینه نظام سلامت در بیمارستان‌ها بود، یعنی اگر کسی کارش به بیمارستان می‌کشید، دچار هزینه‌های طاقت‌فرسا می‌شد اما امروز این کانون هزینه تغییر پیدا کرده است. بخش مهمی از کسانی که دچار هزینه‌های طاقت‌فرسای سلامت می‌شوند به دلیل هزینه‌های سلامت دچار فقر می‌شوند و جایگاه اجتماعی‌شان را از دست می‌دهند. این افراد کسانی هستند که هزینه‌هایشان در بخش سرپایی شکل می‌گیرد و اگر ما به این نکته توجه نکنیم و بگوییم که ما پرداخت از جیب مردم را ۶ درصد کرده‌ایم، قطعاً این حرف برای کارشناسان اقتصاد سلامت حرف مضحکی تلقی می‌شود. چرا؟ به خاطر این که در حال حاضر کانون هزینه‌ها سرپایی است. ما پرداخت هزینه مردم را صرفاً در بخش بیمارستان کم کرده‌ایم.

حجم کم شدن پرداخت هزینه از جیب مردم به دلیل افزایش تعرفه آن قدر که اعلام می‌شود، نیست یعنی به دلیل این که همزمان تعرفه‌ها افزایش پیدا کرده است، طبق آخرین

برش ویژه

بخش مهمی از کسانی که دچار هزینه‌های طاقت‌فرسای سلامت می‌شوند به دلیل هزینه‌های سلامت دچار فقر می‌شوند و جایگاه اجتماعی‌شان را از دست می‌دهند. این افراد کسانی هستند که هزینه‌هایشان در بخش سرپایی شکل می‌گیرد



اطلاعاتی که داده شده است، حجم کاهش در حد کمتر از ۵۰ هزار تومان به ازای هر بستری است؛ یعنی رقم مطلق کاهش پیدا کرده است ولی نه در حدی که فکر می‌شد.

اما مشکل اساسی‌تر این است که کانون هزینه اصلی الآن سرپایی است و ما برای سرپایی آن‌طور که باید و شاید فکر نکرده‌ایم ضمن این که اغلب مراجعه‌کنندگان سرپایی به بخش دولتی مراجعه نمی‌کنند، ۸۰ درصد مراجعه‌کنندگان سرپایی به بخش غیردولتی و خصوصی مراجعه می‌کنند. یکی از گرفتاری‌ها در بخش دولتی این است که مثلاً یک آزمایش را شخصی در آزمایشگاه خصوصی انجام دهد یا بیاورد در آزمایشگاه دولتی با استفاده از بیمه‌اش انجام بدهد، تفاوتش گاهی اوقات بیشتر از ۱۰ برابر است که این امر مهم اصلاً در تصمیمات مورد توجه نیست.

❖ با بالا بردن تعرفه‌ها مشکل زیرمیزی حل می‌شود یا نه؟

❖ بالاخره این که تعرفه‌های کشور احتیاج به بازنگری داشته است، حرف درستی است. این بازنگری چندین دلیل داشته است، ما خدمات جدیدی داشته‌ایم که این‌ها کم‌شمار هم نبودند و برایشان تعرفه‌ای نداشتیم. وقتی برای یک کاری تعرفه نداشته باشیم، با زبان خودمان می‌گوییم که زیرمیزی بگیریم و این کار را انجام دهیم.

دوم این که بعضی از کارهای خطرناک، مشکل تعرفه مناسبی را نداشته است، مثلاً یکی از کارهایی که واقعاً می‌تواند حیات یک نفر را نجات بدهد، این است که اگر کسی در ریه‌اش خون جمع شود، باید یک لوله‌ای داخل قفسه سینه‌اش بگذارند. وقتی شما می‌خواهید این کار را انجام بدهید، این خطر وجود دارد که ریه را زخمی کنید و خونریزی را بدتر کنید و کار پرخطری است. تعرفه این کار در نظام تعرفه قبلی از تعرفه ویزیت کمتر بوده است. طبیعتاً این احتیاج به بازنگری داشت، این نکات خوب است.

نکاتی که الآن بالاخره در تحلیل عمیق‌تری از کار روشن می‌شود، این است که فاصله درآمدی بین گروه‌های مختلف پزشکی باید فاصله معقولی باشد؛ ما نمی‌گوییم مثلاً یک نفر که جراحی پیچیده‌ای را انجام می‌دهد یا کسی که کارش فقط مراقبت مشاوره‌ای است یک اندازه تعرفه بگیرند، ولی باید فاصله‌شان معقول باشد.

ثانیاً این اقدامات باید همراه با نظارت کافی باشد و اگر همراه با نظارت نباشد، هیچ اتفاق خاصی نمی‌افتد. شما الآن مطلع هستید که پرداخت مالیات در بین اساتیدی که در بخش دولتی کار می‌کنند به‌طور متوسط بیش از سه برابری است که در بخش غیردولتی و خصوصی کار می‌کنند. در حالی که درآمد این‌ها به‌طور متوسط حدود تقریباً ۲۵ درصد درآمد آن‌ها است. این موضوعات نشان می‌دهد که چالش‌های نظام پرداخت ما صرفاً تعرفه نیست. نکته مهم‌تر این است که کار سلامت یک کار تیمی است و باید به‌نوعی عمل شود که همه افراد این گروهی که خدمات سلامت را ارائه می‌کنند به‌نوعی رضایتمندی‌شان حاصل شود.

باید به فضای روانی افراد توجه کنیم، یعنی نمی‌شود بدون در نظر گرفتن رضایتمندی سایرین تصمیم‌گیری کنیم؛ به‌عنوان مثال وزارت بهداشت برای جذب پرستار فراخوان داد که تقریباً می‌توانیم بگوییم مورد استقبال قرار نگرفت؛ در حالی که ما احتیاج به پرستار و تقویت کادر درمانی داریم. چرا؟ به دلیل این که در طراحی جذب نیرو، به فهم نیروهایمان و به رضایتمندی شغلی و انگیزه‌شان توجه نکرده‌ایم صرفاً به این توجه می‌کنیم که اقدامی انجام بدهیم که مثلاً معاونت نظارت راهبردی یا سازمان مدیریت برنامه‌ریزی، رضایتشان جلب شود.

❖ در دنیا تأمین مالی کاملاً از ارائه خدمات و سیاست‌گذاری جداست؟

❖ این گونه نیست، در کشور خودمان بزرگ‌ترین بیمه یعنی تأمین اجتماعی خودش بیمارستان‌داری و خرید خدمت می‌کند، این که چه باید بکنیم یک بحث کارشناسی را می‌طلبد، اما مدل‌های دنیا اغلب این گونه است که یک موسسه زیرمجموعه وزارت بهداشت، به‌عنوان موسسه ناظر که حتی به خود بیمارستان‌های وزارت بهداشت و دولتی هم رحم نمی‌کند، تأسیس می‌شود و از طریق این موسسه تولیتشان را انجام می‌دهند.

نکته روشن این است که مبنای پیشنهادی سیاست‌های کلی سلامت، نظام ملی

بیمه‌ای است نه نظام ملی طب، در قانون اساسی هم بیمه همگانی است، در ادامه این که بیمه همگانی چه باید بکند و ارتباطش با وزارت بهداشت چه باشد را باید تعریف کنیم. فهم ما از آنچه ابلاغ شده بیمه همگانی است یعنی همه بیمه‌ها در خدمات پایه باهم مشترک بشوند و سازمان بیمه‌گر مستقل به وجود بیاید، دولت هم بر اساس توان مالی کمک تعریف شده‌ای بکند و مابقی را به‌صورت سرانه از افراد بگیرد. ارتباط این سازمان با وزارت بهداشت هم ارتباط زیرمجموعه‌ای نمی‌تواند باشد اما ارتباط گسسته هم نباید باشد، این سازمان باید قبول کند که در بیمه پایه از سیاست‌های وزارت بهداشت پیروی کند. بیمه‌ها چه آن زمان که زیر نظر وزارت بهداشت بودند و چه الآن، حرف وزارت بهداشت را گوش نمی‌کردند، الآن که بدتر گوش نمی‌دهند.

❖ در سیاست‌های ابلاغی گفته شده منابع مالی تجميع شود و جای دیگر هم می‌گوید بیمه‌ها رقابتی باشند، این دو متضاد هم نیستند؟

❖ بیمه‌ها در بحث خدمات پایه تجميع شوند اما خود بیمه‌ها به‌صورت نظام‌های کارگزاری رقابت کنند، علاوه بر این در خدمات غیر پایه هم می‌توانند رقابت داشته باشند. بیمه‌های ما از این جهت تازه یک رقابتی را شروع کردند.

❖ الان مشکل نظام سلامت خدمات پایه است یا غیرپایه؟

❖ هر دو، حساب سلامتی که ما سال ۸۷ انجام دادیم، با کمال تأسف نشان می‌داد که بیمه بودن در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت یا در برابر فقیر شدن به دلیل هزینه‌های سلامت هیچ حمایتی نمی‌کرد، لذا باید در تعریف بسته بیمه پایه‌مان تجدید نظر کنیم، دوماً برای خدمات غیرپایه هم باید فکری کنیم چرا که نمی‌شود نسبت به آن بی تفاوت بود، برای بخش‌های نیازهای الفائی باید نظام‌های کنترلی به وجود آوریم و نیازهای واقعی را هم از مسیر مناسب ارجاع پوشش بدهیم و گر نه خانواده‌ها فقیرتر می‌شوند.

❖ چگونه می‌توان نقش حاکمیتی و تولىتی وزارت بهداشت را در حوزه سلامت محقق کرد؟ الآن در حوزه‌هایی مثل امنیت غذا، کنترل دخانیات، ایمنی وسایل نقلیه و ... نقش وزارت بهداشت کم‌رنگ است، سیاست‌های ابلاغی هم به این بخش اشاره کرده است.

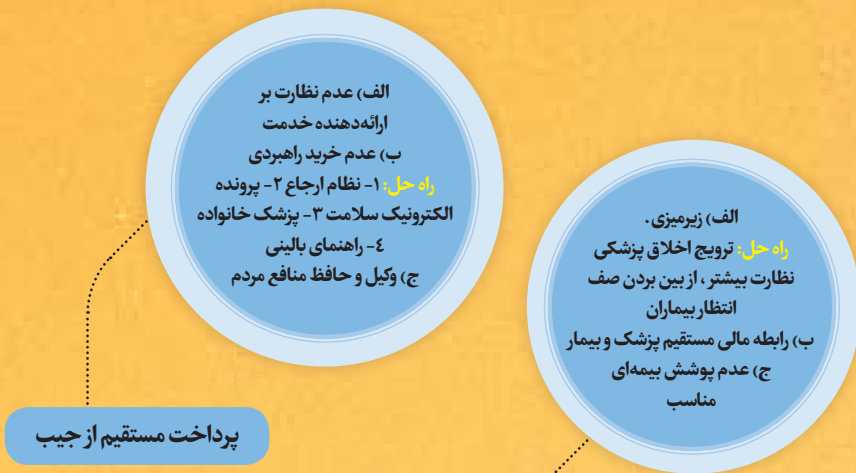
❖ سیاست‌ها اشاره کرده که وزارت بهداشت متولی سلامت باشد، مثلاً متولی امام‌زاده یعنی کسی که هیچ منفعتی از خود امام‌زاده نبرد ولی منافع امام‌زاده را حفظ کند. همچنین طبق سیاست‌ها وزارت بهداشت، سیاستگذار باید وزارت بهداشت باشد، از قوانین سلامت مراقبت کند و هشدار بدهد که آیا قوانین به نفع سلامت است یا به خیر. دکتر ویرشو که معاصر با بیسمارک است، تعبیری با این مضمون دارد که پزشکان دادستان‌های طبیعی جامعه هستند، یعنی اگر مرضی با سوءتذقیه پیش پزشک آمد، پزشک فقط به در مان مریض فکر نکند، بلکه باید علت یابی هم بکند. همین مسئله برای وزارت بهداشت هم هست.

❖ ابزار کافی برای این مسئله وجود دارد؟

❖ کار وزارت بهداشت، بین بخشی است، هر موقع که توانستیم بین بخشی طرف‌های مقابلمان را توجیه و همراه کنیم، نتایج خوبی هم کسب کرده‌ایم، مثلاً در بحث روغن روشن بود که اسیدترانس بالاست و ضرر می‌زند. در فاصله چهار سال روغن مصرفی خانوار از این لحاظ ۸۰ درصد کمتر شد، چون وزارت بهداشت و وزارت بازرگانی وقت با هم همکاری کردند.

وزیر بازرگانی به زیرمجموعه‌اش دستور داد که همراهی بکنند، بعضی جا این همراهی نبود، مثلاً الان وزارت صنعت، معدن و تجارت جاهایی که خیال می‌کند که صنعت بی کیفیت باید حفظ شود، همراهی نمی‌کند. قانون هم الان پیش بینی کرده که شورای عالی سلامت جایی است که این همکاری بین بخشی می‌تواند نهادینه شود. جدای از این، همه این موضوعات به مدیریت کلان کشور برمی‌گردد، به تعبیر مقام معظم رهبری، رئیس‌جمهور مثل پلیس راهنمایی سرچهارراه است که باید به کارهای وزیران جهت بدهد. الان هم برخی از موفقیت‌های وزارت بهداشت مرون حمایت رئیس‌جمهور از وزیر و برنامه‌هایش است.

مسائل اصلی نظام سلامت



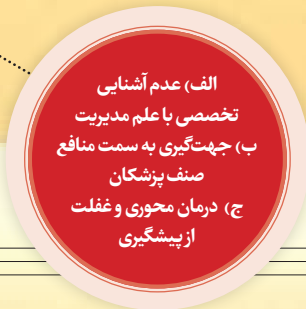
پرداخت مستقیم از جیب

غفلت از کارکرد اصلی بیمه



ارائه خدمت توسط سیاست‌گذار

مدیریت پزشکان بر نظام سلامت



© گرافیک: سجاد دادخواه

الف) خرید منفعلانه
ب) ورشکستگی اقتصادی
ج) نبود رفتار یکسان در صندوق‌ها
۱- حق بیمه ۲- انحصار در
بیمه‌شدگان خود ۳- سهم
نامساوی از منابع دولتی

ناکارآمدی صندوق‌های بیمه

ناپایداری منابع مالی

الف) پراکندگی
بودجه‌های عمومی و دولتی.
راهنما: تأمین مالی صرفاً از کانال
بیمه‌های درمان
ب) وابستگی شدید به بودجه
عمومی دولت

الف) بستری:
۱- نبود نظام اعتبار سنجی
۲- خطاهای پزشکی ۳- عفونت‌های
بیمارستانی ۴- صف طولانی متقاضیان
ب) سرپایی:
۱- کمبود زمان ویزیت ۲- گرانی
۳- عدم پوشش بیمه‌ای مناسب
ج) درمان القایی

کیفیت پایین خدمات

نبود شفافیت اطلاعات

الف) قیمت واقعی
خدمات ب) عدم رقابت
بین ارائه‌دهندگان
ج) صحت تجویز

الف) بیمار ربایی
ب) افت کیفیت و کارایی
دولتی راهنما: اجرای قانون
تمام‌وقتی

دوشغل بودن پزشکان

مدل پرداخت و تعرفه

الف) ناکارآمدی
نظام کارانه
راهنما: پرداخت حقوق مبتنی
بر کیفیت و کمیت
ب) نامعلوم بودن قیمت
تمام‌شده

الف) گرانی
خدمات ج) اختلاف
فاحش تعرفه با بخش
دولتی

بخش خصوصی

طب سنتی

الف) عدم ساماندهی
خبرگان بدون مدرک.
نتیجه: ۱- عدم استفاده از افراد مجرب
۲- سوءاستفاده
ب) عدم فرهنگ‌سازی رویکرد پیشگیری
یا طب سنتی
ج) تقابل طب مدرن و طب
سنتی

الف) قضاوت
ب) نظارت
ج) تعرفه‌گذاری
خدمات

نامتمرکز بودن اختیارات و وظایف

واگذاری اختیارات حاکمیتی به صنف پزشکان



برنامه جامع کنار راه حل میانبر

◆ هزینه پیشگیری کمتر از درمان

در سال‌های اخیر از بار بیماری‌های واگیردار کاسته شده و بر بار بیماری‌های غیرواگیر افزوده شده است، به گونه‌ای که بیش از ۷۴ درصد از مرگ‌ومیرها در کشور بر اثر بیماری‌های غیرواگیر اتفاق می‌افتد. هزینه بالای تشخیص و درمان این بیماری‌ها موجب جلب توجه کارشناسان نظام سلامت به سمت برنامه‌های پیشگیرانه و غربالگری شده است. چراکه هزینه پیشگیری از این بیماری‌ها بسیار کم‌تر از درمان آن‌ها هست. بر اساس مطالعات به ازای هر هزار تومان هزینه در پیشگیری، حداقل ۷ تا ۱۰ هزار تومان صرفه جویی در هزینه‌ها اتفاق می‌افتد.

◆ غفلت مسئولین

باین وجود به دلیل ملموس نبودن دستاوردهای حوزه بهداشت و طولانی بودن مسیر رسیدن به نتیجه شاهد این هستیم که اغلب دولتمردان و سیاست‌گذاران با وجود اذعان به اولویت بحث پیشگیری، اقدامات جدی در این حوزه انجام نمی‌دهند.

◆ جلب مشارکت دستگاه‌ها و بدنه اجتماعی

مسائلی مانند خود مراقبتی، افزایش آگاهی مردم و تغییر سبک زندگی از اساسی‌ترین هسته‌های موضوع پیشگیری است. در حقیقت کسب دستاورد در حوزه بهداشت در درجه اول نیازمند برنامه‌ریزی جامع و شامل است و در مرتبه بعدی نیازمند جلب مشارکت سایر دستگاه‌ها و بدنه اجتماعی در راستای تحقق آن‌هاست.

برنامه پزشک خانواده در صورت مدیریت صحیح، می‌تواند به عنوان پایه و اساس خدمات بهداشتی و درمانی در سطح کشور بسیاری از معضلات این حوزه را مرتفع سازد.

◆ طب سنتی، راه میانبر پیشگیری

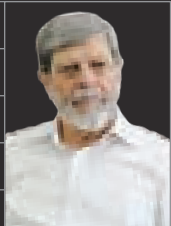
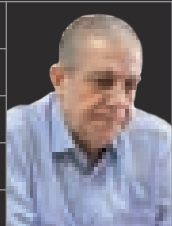
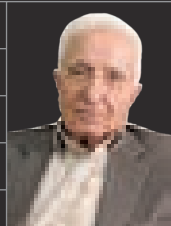
توجه به مقوله طب سنتی و کاربردی کردن آن در زندگی مردم به عنوان راه میانبری است که می‌تواند بسیاری از معضلات را مرتفع کند. از سوی دیگر علی‌رغم ابلاغ سیاست‌های کلی افزایش جمعیت، عزم و اراده محکمی جهت تحقق این سیاست‌ها دیده نمی‌شود، رسیدن به رشد جمعیت مورد انتظار نتیجه همکاری تمام بخش‌های دولت است و نه فقط وزارت بهداشت. تجربه کشورهای موفق در این حوزه نشان‌دهنده کارآمدی سیاست‌های تشویقی و تنبیهی اقتصادی است.

۴۲	۳۴	۴۴
تأثیر پیری جمعیت بر افزایش هزینه‌های سلامت بحران پیران	سیاست‌های پیشگیری و ۱۰ دستاورد آن در نظام سلامت آمریکا	بررسی افت و خیز طب سنتی در سیاست‌های وزارت بهداشت طب سنتی فرزند ناتنی وزارت

گفت‌وگوی اختصاصی رصد با دکتر مرندي رئيس فرهنگستان علوم پزشکی	۳۰
اگر به بهداشت هم اعتقاد داشتیم مثل درمان بودجه‌اش را تامین می‌کردیم	

گفت‌وگو با دکتر کلانتری قائم مقام معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۳۶
مراقب سلامت، کارآمدتر از پزشک خانواده	

گفت‌وگو با مشاور عالی رئیس سازمان نظام پزشکی کشور:	۴۰
نظام سلامت برنامه‌ای برای ۸۰ هزار پزشک عمومی ندارد	

۳۰	۳۶	۴۰
		

گفت‌وگوی اختصاصی
رصد با دکتر مرندي
رئيس فرهنگستان
علوم پزشکی

اگر به بهداشت هم اعتقاد داشتیم مثل درمان بودجه‌اش را تامین می‌کردیم

گفتگو

علی‌ذاکری‌نژاد

دکتر سید علیرضا مرندي فارغ‌التحصیل دوره تخصص و فوق تخصص کودکان از آمریکا است که از سال ۴۵ تا ۵۸ در نظام سلامت آمریکا مشغول به فعالیت بوده و پس از بازگشت مجدد به ایران در قامت استاد دانشگاه، وزیر بهداشت و سایر مسئولیت‌های علمی جهانی به فعالیت تخصصی خود ادامه می‌دهد، مرندي که نزدیک به نه سال در دولت‌های مختلف وزیر بوده است، در دوره هشتم و نهم نیز نماینده مجلس بوده و در حال حاضر رئیس فرهنگستان علوم پزشکی و استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است، افکار عمومی دکتر مرندي را وزیر علاقه‌مند به بهداشت و پیشگیری می‌شناسند؛ اما خود وی از مسئولان فعلی نظام سلامت رنجیده‌خاطر است. مرور تجربه‌های وی نشان‌دهنده وجود مشکلات ساختاری در نظام سلامت کشورمان از همان ابتدای انقلاب است که متأسفانه بسیاری از طرح‌ها در دولت‌ها مختلف تغییر کرده و هیچ سیاست یکسانی اعمال نشده است. دکتر مرندي در گفت‌وگوی اختصاصی با رصد به مشکل غلبه در مان محوری بر پیشگیری در همه ابعاد نظام سلامت از آموزش پزشکی تا برنامه‌های بهداشتی اشاره می‌کند و سود بالای شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی در درمان محوری و واردات را مانعی در اصلاح این مشکل می‌داند. به گفته وی لابی دینفعان با بیماری مردم از مدیران نظام سلامت مسأله‌ای مخفی و آسیب‌زا است. این گفت‌وگو را در ادامه بخوانید.

❖ **مزیت مبحث پیشگیری بر درمان از ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی، سیاست‌گذاری چیست؟**

❖ یکی از محاسن بهداشت این است که قبل از این که انسان‌ها بیمار شوند و هزینه درمان را بپردازند، از آن جلوگیری می‌کند. به عنوان مثال با یک کار ساده مثل دست شستن یا زدن واکسن از ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها جلوگیری می‌شود. مثلاً در دوره‌ای که بنده تازه معاون بهداشت وزارتخانه شده بودم، بیماری کزاز نوزادان باعث مرگ سالانه ۱۱ هزار نوزاد می‌شد که با تلاش‌هایی که در آن دوران صورت گرفت، با انجام واکسیناسیون، این مقدار به کمتر از ۱۰ مورد در سال رسید.

درواقع بدون استفاده از فناوری پیچیده و هزینه خیلی زیاد، جلوی بسیاری از بیماری‌ها و مرگ‌ومیر و هدر رفت منابع را می‌توان گرفت، در حالی که بدون انجام این کارهای ساده بهداشتی حتی در صورت داشتن فناوری‌های پیچیده درمانی نمی‌توان بار بیماری را کاهش داد. از طرف دیگر، نپرداختن به بحث بهداشت و پیشگیری باعث ایجاد بیماری در جامعه می‌شود و پول و وقت ارزشمند انسان‌ها به پای درمان هدر می‌رود که ممکن هست به مرگ هم منجر شود به خصوص در اقشار کم‌درآمد.

البته بیماری‌های واگیردار تا حد بسیار زیادی کنترل شده ولی بیماری‌های غیرواگیر امروزه مشکل بزرگ‌تری است و عامل اصلی بیشتر مرگ‌ومیرها شده است. برای جلوگیری از بیماری‌های غیرواگیر باید مواردی مانند اصلاح رژیم غذایی، فعالیت منظم بدنی، حذف سیگار و کنترل استرس را در زندگی روزانه قرار داد.

❖ **به نظر می‌رسد که بحث پیشگیری و کارآمدی آن در کنترل بیماری‌های غیرواگیر سخت است. از طرفی با توجه به مطالعات جهانی نمی‌توان با سیاست‌گذاری‌های کوتاه‌مدت و اقدامات مقطعی به دستاورد قابل توجهی در این حوزه رسید. راهی که شما در این زمینه آغاز کردید چگونه بود؟**

❖ جلوگیری از بیماری‌های واگیردار هم سخت است. به عنوان مثال وقتی که بنده معاون بهداشت بودم نه واکسن داشتیم و نه محل نگهداری مناسب برای واکسن، همچنین وسایل نقلیه استاندارد برای انتقال واکسن وجود نداشت؛ بنابراین انسستیتورازی را تقویت کردیم تا واکسن بسازد و نیاز داشتیم تا تمام استان‌ها و شهرها سردخانه مناسب برای نگهداری داشته باشند، وسایل نقلیه مناسب تهیه کنیم و در خانه‌های بهداشت نیز باید یخچال داشته باشد که آن زمان یخچال نفتی بود. همچنین باید در روستاها خانه بهداشت و شبکه‌های بهداشت ساخته می‌شد و به بهورز آموزش‌های لازم را می‌دادیم که به علت بی‌سوادی حاکم بر بسیاری از روستاها، آموزش‌ها سخت بود، مثلاً باید پنج سال آموزش ابتدایی داده می‌شد و سپس دو سال آموزش بهورزی می‌دادیم تا بتوانند وارد انجام خدمت بشوند.

این در حالی بود که در آن زمان که دفاع مقدس در جریان بود استخراج نفت به یک میلیون بشکه کاهش یافته بود با تباری عربستان و برخی کشورها، هر بشکه نفت حدود ۷-۸ دلار شده بود که ۱/۵ دلار هم هزینه استخراج داشت. همچنین جنگ تحمیلی هزینه‌هایی را برای کشور ایجاد کرده بود و در این شرایط گرفتن پول از دولت و صرف کردن در بحث بهداشت سخت بود و مثلاً تأمین نیازهای انسستیتورازی بر عهده وزارت جهاد بود ولی چون جزو اولویت‌های وزارت جهاد نبود، ما از اعتبارات وزارت بهداشت این قبیل نیازها را تأمین می‌کردیم. ما برای گرفتن اتومبیل از بودجه‌های اضافی مواد مخدر استفاده کردیم و ۱۴۰۰ دستگاه اتومبیل خریدیم. حتی قطعات یدکی را مجبور بودیم که برای ۱۰ سال بخریم و از وزارت بهداشت افرادی را فرستادیم که تعمیرات را یاد بگیرند. درواقع بسیاری از کارها که در حیطه وظایف وزارت بهداشت نبود را برای تأمین سلامت مردم انجام می‌دادیم.

❖ **شبکه‌های بهداشت در کنترل بیماری‌های واگیردار خوب عمل کردند. به نظر شما برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر، این شبکه‌ها نیازمند چه تغییراتی هستند؟**

❖ باید دانش تمام اعضای جامعه پزشکی به خصوص بهورزان بر روی بیماری‌های غیرواگیر هم متمرکز باشد. کنترل بیماری‌های غیرواگیر راحت‌تر

صورت می‌گیرد چون عمدتاً کار آموزشی است مثل آموزش رژیم غذایی مناسب. ولی وزارت بهداشت هم باید در کنار آموزش، مواد غذایی مناسب را وارد بازار کند. مثلاً سال‌هاست که روغن‌هایی با ترانس بالا به کشور وارد می‌شود که باید به حداقل برسد و حتی باید روغن‌های بدون ترانس وارد کشور شوند، چون عمده روغن کشور وارداتی است و فناوری ساخت روغن در کشور خیلی بالا نیست. درواقع باید وزارت بهداشت به تغذیه مردم حساس باشد.

❖ **نقش بهورز در این موارد کجاست؟**

❖ کار آن‌ها آموزش تغذیه مناسب به مردم است. همچنین به مردم آموزش داده شود که بر چسب مواد غذایی را بخوانند که متأسفانه بسیاری از برچسب‌ها ناخوانا هستند. نباید مواد غذایی که برای سلامت مضر است را تولید کنیم و صاوسیما نیز نباید آن را ترویج و تبلیغ کند. باید به مردم فعالیت منظم بدنی را آموزش دهیم و فضای مناسب برای فعالیت بدنی را نیز در جامعه ایجاد کنیم. قانون برای مبارزه با دخانیات در کشور وجود دارد ولی اجرا نمی‌شود که این امر مثلاً در کشیدن قلیان که جلوی آن گرفته نشده، باعث آسیب به سلامت مردم می‌شود. درواقع اگر بهورز آموزش‌های لازم را به مردم بدهد اما دولت قوانین را اجرا نکند، آموزش‌های سلامت بی‌اثر می‌شود.

❖ **مطالعات نشان می‌دهد که به ازای صرف هزار تومان در بحث پیشگیری، صرفه جویی ۷ تا ۱۰ هزار تومانی برای حاکمیت ایجاد می‌شود. در سال‌های اخیر علی‌رغم دانستن مزیت‌های بحث پیشگیری، سیاست‌های دولت آن‌طور که باید به این سمت حرکت نمی‌کند. شاید چون که دستاورد بحث پیشگیری بلندمدت است و ممکن است که نتایج آن در دولت‌های بعدی مشاهده شود، درمجموع علل عدم اقبال دولت‌ها به مقوله پیشگیری چیست؟**

❖ بگذارید مثالی بزنم. همه می‌گوئیم ما مسلمان هستیم ولی کسی که حاضر می‌شود در جبهه به روی مین برود با کسی که حاضر نیست بر ضد منافع خودش اقدامی کند دارای درجه‌بندی متفاوتی هستند. در مقوله بهداشت هم تنها اعتقاد عمیق باعث کار کردن در این زمینه می‌شود. همه بهداشت را قبول دارند ولی اعتقاد عمیق به آن ندارند. مثلاً برای درمان با تمام مشکلاتی که هست، پول را تهیه می‌کنیم چون به آن اعتقاد داریم.

به هر حال دادن یارانه به حوزه درمان یا واردات تجهیزات گران قیمت درمانی تخسین همگان را به دنبال دارد و مردم نتایج آن را ملموس‌تر احساس می‌کنند. از سوی دیگر لابی شرکت‌های دارویی و پزشکی با مسئولین و پزشکان جهت فروش خدمات خود یکی دیگر از علل غفلت از این موضوع مهم است. واقعیت این است که شرکت‌ها به دنبال سود خودشان هستند. حتی اساتید برجسته آمریکا در مجله نیوزویک در سال ۲۰۱۱ اذعان دارند که این تجهیزات مدرن و گران قیمت در برخی موارد کم‌فایده و یا حتی بعضاً مضر هستند و هزینه زیادی را هم برای دولت و بیماران ایجاد می‌کنند.

یک زمانی دکتر پزشکیان در مجلس می‌گفت که حدود ۳۰۰ میلیون دلار برای تأمین دارو و تجهیزات کشور لازم است اما الان بحث میلیاردها دلار است و تأمین آن مشکل است. علت عمده آن هم فشار کمپانی‌های داروسازی و تجهیزات پزشکی بر کشور است. مثلاً بهورزان ماکلی به مردم آموزش استفاده کودک از شیر مادر را می‌دهند ولی کمپانی‌ها انواع شیر خشک را تولید کرده و وارد کشورها می‌کنند؛ بنابراین کمپانی‌ها نقش بسزایی در این قضیه دارند. علت سوم نیز این است که اساساً اعضای جامعه پزشکی از درمان مردم منتفع می‌شوند نه از سلامتی آن‌ها. در شرایط فعلی متأسفانه پزشکان تنها در صورتی توانایی کسب درآمد خواهند داشت که مردم بیمار شده باشند؛ که این واقعیت ناخودآگاه در اداره بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تأثیر سوء می‌گذارد. به عنوان مثال در زمان جنگ که برای بازدید از بیمارستان‌ها می‌رفتم، دستگاه MRI خریده شده بود ولی صابون و مواد شوینده برای نظافت شخصی وجود نداشت. درواقع اعتقاد اصلی بر درمان است نه بهداشت.

❖ **در مورد بحث آموزش پزشکی هم اکنون شاهد گام چهارم طرح تحول در این مورد هستیم. اساس این گام برطرف کردن مشکلات آموزش پزشکی است. به نظر شما به عنوان فردی که در خارج از کشور تحصیل کرده‌اید و در دو دوره وزیر**

پرونده اول

■ **بهداشت**

و پیشگیری



اساساً اعضای

جامعه پزشکی

از درمان مردم

منتفع می‌شوند نه

از سلامتی آن‌ها.

در شرایط فعلی

متأسفانه پزشکان

تنها در صورتی

کسب درآمد خواهند

داشت که مردم بیمار

شده باشند؛ که این

واقعیت ناخودآگاه

در اداره بیمارستان‌ها

و مراکز درمانی تأثیر

سوء می‌گذارد

بوده و هم اکنون ریاست فرهنگستان علوم پزشکی را عهده دار هستید در آموزش پزشکی در حال حاضر چه مشکلاتی وجود دارد؟

هدف آموزش پزشکی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه است در حالی که آموزش پزشکی ما کاربرد درمانی دارد و ارتقای سلامت جامعه و پیشگیری در آموزش پزشکی ما جایگاهی ندارد. چون استاد پیشگیری را به دانشجویان آموزش نمی دهد، برای پزشک منفعتی ندارد و مورد امتحان هم قرار نمی گیرد.

کتابهای پزشکی که اساتید غربی نوشته اند و در حال حاضر در کشور تدریس می شود، کتابهای خوبی هستند ولی مطالب آموزشی این کتابها برای کشورهایی مناسب است که مشکلات بهداشت و پیشگیری را حل کرده باشند. من پس از گرفتن برد فوق تخصصی نوزادان از آمریکا، وارد کشور شدم خواستم آموخته های خود را در ایران نیز پیاده کنم اما متأسفانه بستر لازم برای این کار در کشور وجود نداشت مشاهده کردم که مشکلات پیشگیری و بهداشت در کشور حل نشده است و در واقع علم پزشکی غرب الزاماً به طور کامل متناسب برای استفاده در کشور ما نیست. به عنوان مثال من آن زمان در خارج کشور موفق شدم نوزادی را که حدود ۴۰۰ گرم وزن داشت زنده نگه دارم و این انگیزه را داشت که وقتی وارد ایران شدم، چنین اقداماتی را در اینجا انجام دهم ولی مشاهده کردم که کشور ما هنوز مشکلات بهداشتی و پیشگیری از بیماری ها را حل نکرده است و نوزادان زیادی که حتی با وزن طبیعی به دنیا می آمدند، می مردند. در آن دوره پزشک بسیار کم و حدود ۱۲ الی ۱۴ هزار نفر بودند، به اضافه چند هزار پزشک خارجی. به عنوان مثال وقتی من به استان کردستان رفتم، گفتند که متخصص زنان و زایمان استان تنها یک نفر بوده که پس از اتمام طرح پزشکی نیز از استان رفته است. من با آقای دکتر فاضل (وزیر علوم وقت) صحبت کردم که باید تعداد دانشجویان پزشکی را در کشور زیاد کنیم که پس از تلاش های بنده و ایشان این امر محقق نشد. سپس لایحه تشکیل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی را به مجلس دادم که دو هدف را به دنبال داشت، یکی از دیاد نیروی انسانی و دیگری جامعه نگر کردن این افراد. بدین صورت که بیش از ۵۰ درصد آموزش پزشکی باید سرپایی باشد و در مناطق محروم و حاشیه نشین آموزش داده بشود. الآن پزشک عمومی در بیمارستان های شهری آموزش می بیند و بیماری های سخت و پیچیده را یاد می گیرد اما پیشگیری و آموزش جامعه نگر را یاد نمی گیرد که بعدها در هنگام خدمت در مناطق محروم به مشکل بر می خورد.

این آموزش جامعه نگر و پیشگیری محور، بعد از دوره وزارت بنده اجرا نشد. چون به هر حال زمان اجرای این نوع آموزش به فعالیت در مطب ها و بیمارستان های خصوصی لطمه وارد می کند؛ بنابراین تحول در آموزش

پزشکی باید به گونه ای باشد که آموزش جامعه نگر و پیشگیری محور بشود یعنی نگذاریم مردم بیمار شوند.

همان طور که مستحضرید طب سنتی در تاریخ و موقعیت جغرافیایی کشور ما به تکامل رسیده است و شناخت کافی از مزاج ایرانی دارد. متأسفانه اثری از این طب در آموزش دانشجویان پزشکی وجود ندارد. در اسناد بالادستی هم بر طب سنتی تأکید شده ولی اقدام متناسبی تاکنون رخ نداده است. نظر شما چیست؟

با این روند اقدام متناسبی در آینده هم اتفاق نمی افتد. طب سنتی هم پیشگیری محور است و باید این گونه آموزش داده شود ولی الآن منافع در درمان است و درمان محور عمل می شود. در واقع طب سنتی هم به مشکل طب نوین گرفتار شده چون که منافع پزشکان در این حوزه نیز در درمان هست نه پیشگیری. به عنوان مثال در طب سنتی ویزیت ها و داروها گران قیمت شده است یا این که عده ای که تخصص کافی را در این حوزه ندارند، تجویزهای نادرست برای مردم انجام می دهند.

نظر شما در مورد ادغام آموزش طب سنتی در آموزش پزشکان چیست؟ کسانی که در این زمینه تخصص دارند مددوند و پاسخ گوی نیازهای آموزشی نیستند. این افراد هم حاضر به ادغام نیستند.

تولیت آموزش پزشکی در کشور ما در دست وزارت بهداشت است که خودش ارائه دهنده خدمت است. در کشورهای مختلفی آموزش پزشکی و بیمارستان داری دست وزارت علوم است و وزارت بهداشت صرفاً وظیفه تولیت سلامت مردم را عهده دار است. در دهه ۶۰ آموزش پزشکی از وزارت علوم به وزارت بهداشت رفت که مزایا و معایبی هم داشته است. نظر شما چیست؟

مشکلی ندارد. باید از این ادغام نهایت استفاده را بکنیم و اساتید باید به طور جامعه نگر تدریس کنند؛ یعنی این که استاد و دانشجو هر دو وارد فیلد شوند و به مناطق محروم و حاشیه شهرها بروند و ببینند که مردم در کجا و چه شرایط محیطی زندگی می کنند. چون که ۷۰ درصد سلامت مردم به عوامل محیطی وابسته است و استاد باید این موارد را که در آینده می تواند به دانشجو کمک کند، به او آموزش دهد.

اگر آموزش پزشکی در وزارت علوم باقی می ماند آیا شاهد سبقت گرفتن آموزش بر درمان بودیم؟

خیر. میزان تحقیقات علوم پزشکی بعد از این جدا شدن بالا رفت؛ یعنی درصد ناچیزی از بودجه تحقیقات وارد وزارت بهداشت می شود ولی حدود ۴۰

پزشک عمومی
در بیمارستان های
شهری آموزش
می بیند و
بیماری های
پیچیده را
یاد می گیرد
اما پیشگیری
و آموزش
جامعه نگر را
یاد نمی گیرد،
بعدها در هنگام
خدمت در مناطق
محروم به مشکل
بر می خورد

ترجمه و تنظیم
فاطمه بختیاری

مرگ هایی که قابل پیشگیری هستند

هر ساله، میلیون ها انسان بر اثر مرگ هایی می میرند که قابل پیشگیری هستند. پژوهش انجام شده در سال ۲۰۰۴ نشان می دهد که حدود نیمی از مرگ هایی که در سال ۲۰۰۰ در آمریکا روی داده است ناشی از رفتارها و تماس های قابل پیشگیری بوده است. دلایل عمده این مرگ و میرها عبارت اند از بیماری های قلبی - عروقی، بیماری های مزمن تنفسی، جراحات غیر عمدی، دیابت و بیماری های عفونی خاص.

این پژوهش رژیم غذایی نامناسب و سبک زندگی نشسته را عامل مرگ سالانه ۴۰۰ هزار نفر در آمریکا عنوان می کند. طبق برآوردهای سازمان سلامت جهانی، حدود ۵۵ میلیون نفر در جهان در ۲۰۱۱ فوت شده اند که دوسوم این گروه بر اثر بیماری های غیر مسری، همچون سرطان، دیابت و بیماری های مربوط به دستگاه تنفسی و قلبی - عروقی مزمن جان سپرده اند. این رقم افزایش زیادی نسبت به رقم سال ۲۰۰۰ که حدوداً ۶۰ درصد از



برنامه های جهانی برای مرگ های قابل پیشگیری

متخصص‌هایی را تربیت می‌کنند که در نهایت هزینه را نیز کاهش می‌دهد. آیا این موضوع می‌تواند در کشور ما پیاده شود؟

❖ تازمانی که ما دنبال درمان هستیم غیر ممکن است که مشکل آموزش حل شود. متأسفانه این افراد کارشناس نبوده و مسئول هستند، بنابراین موضوع را زیربنایی حل نمی‌کنند؛ یعنی نباید صرفاً به کاهش زمان تحصیل توجه کنیم بلکه باید همزمان با این کار، آموزش را جامعه نگر کنیم.

در زمان وزارت خودم که تعداد ورودی‌ها را زیاد کردم بسیاری از مسئولین و حتی دانشجویان به این موضوع اعتراض کردند؛ اما حالا همین افراد می‌گویند که پزشک کم است و از طرفی به پزشکان نگاه کاملاً درمانی دارند و شرایط نظام سلامت کشور را با کشورهای مثل آلمان که مشکلات بهداشت و پیشگیری را تا حد زیادی حل کرده و به بحث درمان می‌پردازد مقایسه می‌کنند، در حالی که این کار غلط است و باید خودمان را با شرایط جامعه خودمان بسنجیم. در حال حاضر وزارت بهداشت اظهار نیاز به تعداد زیادی تخت بیمارستانی برای کشور می‌کند در حالی که ساختن این همه بیمارستان برای نظام سلامت کشور مهلک و بسیار هزینه‌بر است و ما باید بار بیماری‌ها را کم کنیم نه این که مدام اظهار نیاز به تخت بیمارستانی کنیم.

کتابی به نام PRIMARY HEALTH CARE NOW MORE THAN EVER توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸ منتشر شد. این کتاب نوشته که آمریکا ۲۰ درصد از تخت‌های بیمارستانی خود را کم کرده و به جای آن روی بحث بهداشت سرمایه‌گذاری کرده است. اضافه کردن تخت بیمارستانی موجب درمان محوری است و کمکی به بحث بهداشت و پیشگیری نمی‌کند. در واقع اگر روی بهداشت کار شود، بار بیماری در جامعه کم می‌شود و نیازی به ساخت بیمارستان جدید نیست.

الآن متأسفانه میزان هزینه کرد دولت عمدتاً بر روی بستری از بیمارستان‌ها انجام می‌شود در حالی که در مدل‌های جهانی این هزینه کرد برعکس باید انجام شود یعنی باید بیشترین هزینه در بخش پیشگیری و بعد هم بخش سرپایی صرف شود؛ و این در تضاد با اقتصاد مقاومتی است.

❖ نظر شما در مورد آموزش اخلاق پزشکی در حال حاضر چیست؟

❖ متأسفانه این آموزش‌ها غربی است. همچنین فقط یک درس است و برای نمره آموزش داده می‌شود. کسی که درس اخلاق پزشکی می‌دهد باید خودش الگوی اخلاق باشد.

از طرفی اگر ما می‌خواهیم که در آینده، پزشکان با اخلاقی در جامعه داشته باشیم باید در انتخاب دانشجویان هم تحول ایجاد کنیم یعنی فقط به رتبه توجه نکرده و گزینش عقیدتی و مذهبی هم داشته باشیم.

❖ رویکرد سازمان سلامت جهانی در این مقوله

به‌منظور تقویت تلاش‌های ملی برای برخورد با بار تحمیلی بیماری‌های مسری، ۶۶امین کارگروه سلامت جهانی، طرح عملکرد جهانی سازمان سلامت جهانی را برای پیشگیری و کنترل NCD در سالهای ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ پذیرفته است. برنامه عملیات جهانی تغییر الگوی را پیشنهاد می‌دهد که به‌واسطه نقشه حرکت و دستورالعمل گزینه‌های سیاستی برای کشورهای عضو، سازمان سلامت جهانی، دیگر سازمان‌های سازمان ملل متحد و سازمان‌های میان‌دولی قابل‌دستیابی هست. این برنامه با تعهداتی از سوی سران دولتی و حکومتی در بیانیه سیاسی سازمان ملل متحد برای کنترل و پیشگیری بیماری‌های غیر مسری، شناسایی نقش اولیه و مسئولیت دولت‌ها در چالش بیماری‌های غیر مسری و نقش مهم مشارکت بین‌المللی در حمایت از تلاش‌های ملی، به‌پیش می‌رود. این طرح فهرستی از مداخلات درمانی مؤثر و مقرون‌به‌صرفه را برای نیل به ۹ هدف داوطلبانه جهانی ارائه می‌کند، از جمله: ممنوعیت هرگونه تبلیغات دخانیات و الکل، جایگزینی چربی‌های ترانس با چربی‌های اشباع‌نشده چندانگانه، ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر و پیشگیری از سرطان رحم به‌واسطه معاینات و آزمایش‌های پزشکی.

درصد از تحقیقات کشور در حوزه علوم پزشکی است در حالی که تعداد اساتید و دانشجویان علوم پزشکی در مقایسه با اساتید و دانشجویان وزارت علوم کمتر است. مشکل کار این است که ادغام کامل نشده است یعنی اساتید و دانشجویان آموزش جامعه نگر نمی‌بینند. پس از تصویب قانون تشکیل وزارت بهداشت، آقای دکتر فرهادی و آقای دکتر ملک‌زاده با همکاری تعدادی از نمایندگان مجلس تلاش کردند که آموزش از وزارت بهداشت جدا بشود، یعنی طرحی را برای لغو این ادغام در مجلس مطرح شد ولی این طرح رأی نیاورد. سپس از زمان وزارت آقای دکتر فرهادی، آقای دکتر سیاری و آقای دکتر قربان نژاد انتخاب شدند که تحقیقاتی در مورد این ادغام انجام دهند تا مشخص شود که ادغام فایده نداشته است. دکتر فرهادی بعد از بررسی تحقیقات به من گفت که ما به این نتیجه رسیدیم که این ادغامی که شما انجام دادید، اقدام مناسبی بوده است. آقای دکتر ملک‌زاده هم که از مخالفین ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشت بوده است، بعد از گذشت مدتی از این ادغام و در زمان وزارت خودشان، به بنده گفت که ادغام کار مناسبی است.

در زمان وزارت آقای دکتر پزشکشان، گروهی از سازمان بهداشت جهانی آمدند و در مورد این ادغام تحقیق کردند و به این نتیجه رسیدند که این ادغام باید تقویت بشود و مشکل این است که آموزش جامعه نگر نشده است یعنی این که استاد و دانشجو وارد فیلد نشده‌اند و دانشجویان در حاشیه شهرها و مناطق محروم آموزش نمی‌بینند.

❖ در صحبت‌های مسئولان بحث کاهش زمان تحصیل دوره پزشکی مطرح است و گفته می‌شود که نیاز نیست که یک دانشجوی پزشکی ۸ سال درس بخواند. نظر شما چیست؟

❖ مطالب زیادی به‌صورت زائد در آموزش پزشکی وجود دارد که ارتباطی به پزشک ندارد، یعنی باید علاوه بر این که این مطالب زائد حذف می‌شود، باید آموزش جامعه نگر و پیشگیری محور نیز وارد بحث آموزش شود. چون کار پزشک عمدتاً سرپایی است پس باید آموزش را جامعه نگر و در مناطق محروم و حاشیه شهرها ببینند.

❖ شاخص تعداد پزشکان در کشور ما پایین است که در بعضی آمارها ۰٫۸۹ و بعضی دیگر ۱٫۲ است که از بسیاری از کشورهای منطقه پایین‌تر است و با کشورهای توسعه‌یافته بسیار فاصله دارد. مسئولین هم به این کمبود اذعان دارند. در یک مطالعه در برخی کشورها به جای این یک پزشک ۸ سال دروس عمومی و ۴ سال تخصص و ۴ سال هم فوق تخصص بخواند و در نهایت مثلاً عمل کاتاراکت را انجام دهد از راه میانبر استفاده می‌کنند و با آموزشی کوتاه‌تر، چنین

مرگ‌ها ناشی از این بیماری‌ها بوده است نشان می‌دهد. مراقبت‌های پیشگیرانه سلامتی با توجه به شیوع بیماری‌های مزمن و مرگ‌میر بر اثر این بیماری‌ها در سراسر جهان از اهمیت برخوردار است.

❖ پیشگیری مختص وزارت بهداشت نیست

بیماری‌های غیر مسری سالانه جان ۳۸ میلیون نفر را در سراسر جهان می‌گیرد که قریب به سه‌چهارم آن در کشورهای با اقتصاد پایین یا متوسط روی می‌دهد. در کشورهای فقیرتر، افزایش بیماری‌های غیر مسری موجب تحمیل بار سنگینی از نظر هزینه‌های درمانی بیمارهای قلبی - عروقی، سرطان و غیره و در نتیجه خالی کردن جیب خانوار می‌شود چرا که دوره‌های درمان غالباً طولانی و پرهزینه هستند. به‌منظور کاهش اثرات بیماری‌های غیر مسری بر افراد و جامعه، رویکرد جامعی مورد نیاز است که مستلزم همکاری همه‌جانبه بخش‌های مختلفی از جمله بهداشت، اقتصاد، روابط خارجی، آموزش، کشاورزی، برنامه‌ریزی و بخش‌های دیگر است تا بتوانند ریسک‌های مرتبط با این گروه از بیماری‌ها را کاهش دهند و ماهیت کنترل و پیشگیری بگیرند.

سیاست‌های پیشگیری و ۱۰ دستاورد آن در نظام سلامت آمریکا

ترجمه و تنظیم
فاطمه بختیاری

پاسخگویی و آمادگی سلامت عمومی

پس از عملیات‌های تروریستی در سال ۲۰۰۱ با مشخص شدن جای خالی برای آمادگی‌های ملی در سلامت عمومی پیشرفت‌های شگرفی در این زمینه ایجاد شد. در نیمه نخست این دهه، تلاش‌ها ابتدا بر توسعه‌ی ظرفیت سیستم سلامت عمومی برای مقابله متمرکز شده است (مثلاً، خرید تجهیزات و لوازم). در نیمه‌ی دوم این دهه، این تمرکز به بهبود قابلیت‌های سیستم سلامت عمومی در موارد آزمایشگاهی، امراض شناسی، مراقبت و مقابله تغییر کرد. این‌گونه مداخلات در سلامت عمومی از حدود ۵-۱۰ میلیون مورد، ۳۰ هزار بستری و ۱۵۰۰ مرگ جلوگیری کرد.

کنترل تنباکو

از نخستین انتشار گزارش پزشک جراح عمومی در مورد تنباکو در سال ۱۹۶۴، سیاست‌ها و مداخلاتی از سوی مقامات محلی، ایالتی و فدرال سلامت عمومی انجام گرفت که به کاهش چشمگیری در مصرف تنباکو منجر شد. در سال ۲۰۰۹ حدود ۲۰/۶ درصد از بزرگسالان و ۱۹/۵ درصد از جوانان دودی بودند که در مقایسه با ۲۳/۵ درصد بزرگسالان و ۳۴/۸ درصد جوانان دودی در ۱۰ سال پیش از آن رقم بسیار چشمگیری است. علیرغم تمام تلاش‌ها و پیشرفتهایی که انجام گرفته است، دخانیات همچنان بار اقتصادی عظیمی دارد، از آن جمله میتوان به حدود ۱۹۳ میلیارد دلار هزینه‌های درمانی و کاهش تولید در هر سال اشاره کرد. با وجود اینکه تا سال ۲۰۰۰ هیچ ایالتی هیچ‌گونه قانون جامعی در زمینه دخانیات نداشت (ممنوعیت سیگار در محل کار، رستوران و کافه‌ها)، در پی انتشار گزارش پزشک جراح عمومی در سال ۲۰۰۶ در ۱۶ ایالت قانون جامع دخانیات اعمال شد و این رقم تا سال ۲۰۱۰ به ۲۵ ایالت و نیز منطقه کلمبیا افزایش یافت. پس از طرح مسئله مالیات بر مصرف دخانیات با میانگین افزایش نرخ ۵۵/۵ سنت به ازای هر بسته، متوسط نرخ مالیات بر مصرف از ۱/۹۶۴ سنت به ازای هر بسته در سال ۲۰۰۰ به ۱/۴۴ دلار به ازای هر بسته در سال ۲۰۱۰ افزایش یافت. در سال ۲۰۰۹ بالاترین نرخ مالیات بر مصرف اعمال شد و رقم ۲/۲۱ دلار به ازای هر بسته را رقم زد.

پیشگیری از آلوده شدن کودکان به سرب

مسمومیت کودکان به سرب همچنان یک مشکل سلامت عمومی محیطی در آمریکا باقی مانده و کودکان تمامی نواحی جغرافیایی یا هر سطح اجتماعی و اقتصادی راتحت تأثیر قرار می‌دهد. اعمال قانون فدرال و قوانین منطقه‌ای برای کاهش خطر در خانه به میزان چشمگیری شیوع مسمومیت سرب را کاهش داد. ریسک‌های سطوح بالای سرب خون بر مبنای جایگاه اجتماعی اقتصادی و نژاد به میزان زیادی کاهش یافت. مزایای اقتصادی پایین آوردن سطوح سرب در میان کودکان با استفاده از جلوگیری از در معرض سرب قرار گرفتن آنها در حدود ۲۱۳ میلیارد دلار در هر سال برآورد شده است.

سلامت مادر و نوزاد

در دهه گذشته کاهش چشمگیری در رقم تولد نوزادانی با نقایص لوله‌های عصبی (NTD) و نیز گسترش مراقبت‌های نوزادان برای اختلالات متابولیکی و دیگر اختلالات مادرزادی بوده است. تقویت اجباری اسید فولیک محصولات دانه‌های غلات با برچسب غنی‌شده در آمریکا از سال ۱۹۹۸ به کاهش ۳۶ درصدی NTD از سال ۱۹۹۶-۲۰۰۶ انجامیده است و از حدود ۱۰ هزار بارداری مبتلا به NTD در دهه گذشته جلوگیری نموده است که به ذخیره ۴/۷ میلیارد دلار در هزینه‌های مستقیم منجر شده است. پیشرفت در تکنولوژیها و اقدامات مراقبتی نوزادان تازه متولد شده و نظارت بر بیمارها در آن‌ها به درمانهای زودهنگام و درمان حداقل ۳۴۰۰ تولد بیشتر در هر سال با اختلالات ژنتیکی و مرتبط با غدد انجامیده است.



پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی

داده های اولیه از سال ۲۰۰۹ نشان می دهد که اکنون سگته در رده چهارم عوامل مرگومیر در امریکا قرار گرفته است در دهه گذشته، مرگومیر بیماری های قلبی عروقی مرتبط با سن و سگته، به ترتیب، از ۱۹۵ به ۱۲۶ در هر ۱۰۰ هزار نفر و از ۶۱/۶ به ۴۲/۲ به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر کاهش یافت، رویکردی که از دهه ۱۹۰۰ برای سگته و دهه ۱۹۶۰ برای بیماری های قلبی آغاز شد. عوامل سهیم در این کاهش شامل تنزل شیوع عوامل ریسک بیماری های قلبی عروقی مانند فشارخون کنترل نشده، کلسترل بالا و مصرف دخانیات و نیز پیشرفت در درمان، داروها و کیفیت مراقبت ها بوده است.

واکسیناسیون

دهه گذشته کاهش اساسی در آمار و هزینه های مراقبت درمانی مرتبط با بیماری هایی را داشتیم که با واکسیناسیون قابل پیشگیری بودند. واکسن های جدید ارائه شدند و تعداد بیماری های مورد هدف قرار داده شده در امریکا از سوی سیاست ایمن سازی امریکا را به ۱۷ رساند. تحلیل اقتصادی اخیر نشان می دهد واکسیناسیون در بدو تولد به همراه برنامه های ایمن سازی دوران کودکی از حدود ۴۲ هزار مرگ و ۲۰ میلیون مورد بیماری پیشگیری می کند که ذخیره تقریبی خالص این رویکرد در حدود ۱۴ میلیارد دلار در هزینه های درمانی مستقیم و ۶۹ میلیارد دلار در هزینه های اجتماعی است.



امنیت وسایل نقلیه موتوری

تصادفات وسایل نقلیه موتوری در میان ۱۰ عامل مرگومیر شهروندان آمریکایی در تمامی سنین است و عامل اصلی مرگومیر افراد بین ۳۵-۴۴ به شمار می آید. تصادفات وسایل نقلیه موتوری در مورد افراد زیر ۶۵ سال در رده سوم عوامل مرگومیر در سال ۲۰۰۷ قرار داشته است، پس از سرطان و بیماری های قلبی، عروقی و مسئول ۹۹ میلیارد دلار هزینه های پزشکی سالانه به شمار می آید. آسیب ها و مرگ های ناشی از تصادفات قابل پیشگیری اند. از سال ۲۰۰۹-۲۰۰۰، با افزایش ۸/۵ درصدی تعداد اتومبیلها، نرخ مرگومیر ناشی از حمل و نقل وسایل نقلیه موتوری از ۱۴/۹ به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر به ۱۱ کاهش یافت و نرخ جراحات و صدمات از ۱۱۳۰ به ۷۲۲ کاهش پیدا کرد؛ در میان کودکان، تعداد مرگومیر عابران ۴۹ درصد کاهش یافت، از ۴۷۵ به ۲۴۴ رسید و تعداد مرگومیر دوچرخه سواران ۵۸ درصد، از ۱۷۸ به ۷۴ تنزل یافت. وسایل نقلیه ایمن تر، جاده های ایمن تر و کاربری ایمن تر جاده از جمله دلایل عمده موفقیت هستند. سیاست های حمایتی به بهبود رفتارها و عادات پرداختند، از آن جمله می توان به قانون مؤثر کمربند ایمنی و کمربند ایمنی کودکان یاد کرد. سیاست گواهینامه تجربی (کسب تجربه ای رانندگی پیش از اخذ مجوز کامل رانندگی برای نوجوانان جهت کاهش آمار تصادفات رانندگان نوپا) برای نوجوانان به میزان زیادی به کاهش آمار تصادفات کمک کرد.

امنیت شغلی

پیشرفت های قابل توجهی برای بهبود شرایط کار و کاهش ریسک صدمات مرتبط با محل کار صورت گرفت. به عنوان مثال، بلند کردن بیماران یکی از دلایل اصلی آسیب های پشت و کمر در میان ۱/۸ میلیون کارمند مراقبت های بهداشتی آمریکایی در بیمارستان ها و مراکز درمانی و آسایشگاهی بوده است. در اواخر دهه ۱۹۹۰، ارزیابی بهترین برنامه ی راهکار بلند کردن بیماران که شامل استفاده از ابزارهای مکانیکی برای این منظور بود، کاهش ۶۶ درصدی نرخ ادعاهای جبران خسارات کارمندان و از دست رفتن روزهای کاری را نشان داد و بیان داشت که سرمایه گذاری بر ابزارهای بالابر در کمتر از ۳ سال جبران خواهد شد. با اعمال این طرح کاهش ۳۵ درصدی در صدمات مربوط به پشت و کمر دیده شد.

پیشگیری از سرطان

توصیه های مراقبتی برای کاهش مرگومیر ناشی از سرطان روده بزرگ و سرطان دهانه رحم و سینه در زنان صورت گرفته است. چندین درمانی که از این توصیه ها الهام گرفته بودند نرخ پوشش این بیماری را بهبود بخشیدند. با تلاشهای مشترک آژانس های سلامتی محلی، منطقه ای و فدرال، جامعه متخصصین حرفه ای سازمان های عام المنفعه و حامیان بیماران، استانداردهایی طراحی شد که به میزان قابل توجهی کیفیت آزمون های بررسی سرطان و کاربری آنها را بهبود بخشید. برنامه ی تشخیص زود هنگام سرطان سینه و دهانه ی رحم با فراهم آوردن خدمات مراقبتی برای زنانی که تحت پوشش بیمه نیستند، این ناهماهنگی ها را کاهش داد. موفقیت این برنامه مرهون تلاش های مشارکتی مشابه بوده است.

پیشگیری و کنترل بیماری های عفونی

پیشرفتهای زیرساخت سلامت عمومی و ملی و تلاشهای پیشگیرانه مبتکرانه و هدفمند، خیز عظیمی در کنترل بیماری های عفونی بوده است. به عنوان مثال تا سال ۲۰۱۰ در امریکا موارد بیماری سل ۳۰ درصد عفونتهای مرتبط به خون ۵۸ درصد کاهش داشته است. پیشرفتهای موجود در تکنیک های آزمایشگاهی، فناوری و سرمایه گذاری بر مراقبتهای بیمارها، ظرفیت شناسایی سریع مواد خوراکی آلوده را افزایش داده و از گسترش آن جلوگیری کرده است.



گفت‌وگو با دکتر کلانتری
قائم مقام معاون
بهداشت وزارت
بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی

مراقب سلامت کارآمدتر از پزشک خانواده

گفت‌وگو
مهدی پناهی

نظام ارجاع ارزی دیرین برای تحقق رویکرد پیشگیری محور در نظام سلامت کشور مان است که با مطرح شدن پزشک خانواده به واقعیت نزدیک شد، البته طرح پزشک خانواده خود در دوران وزیران مختلف بهداشت، به شکل‌های مختلف اجرا شده تا جایی که امروز در دولت یازدهم مسئولین وزارت بهداشت می‌گویند که پزشک خانوادگی وجود نداشته که بخواهیم خوب یا بد آن را بررسی کنیم. با این حال پزشک خانواده هر چند اسما در برخی نقاط اجرا می‌شود اما جای خودش را عملاً به طرح مراقبین سلامت و پایگاه‌های سلامت در حاشیه شهرها داده است. دکتر ناصر کلانتری قائم مقام معاونت بهداشت وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی در گفت‌وگو با مهدی پناهی در حاشیه شهرها داده است. جمله فراهم نبودن پرونده الکترونیک و نبود پزشک تربیت شده این طرح، از طرح مراقبین سلامتی سخن می‌گوید که علاوه بر این که اولویت سلامت را به محرومان و حاشیه نشینان می‌دهد بلکه به گونه‌ای اشکالات طرح پزشک خانواده را نیز رفع می‌کند، همه این اقدامات در راستای گام دوم طرحی است که بر چسب در مان محوری را بر پیشانی دارد و همواره وزارت بهداشت مورد انتقاد قرار می‌گیرد که بهداشت جایگاهی در این وزارتخانه ندارد. در ادامه این گفت‌وگو را بخوانید.

گام دوم طرح تحول گامی مختص حوزه بهداشت بود و مثل سایر گام‌ها رسانه‌ای نشد، چه اقداماتی در این گام قرار است انجام شود؟

❖ مسائل مربوط به پیشگیری، مسائل پر سروسدایی نیستند، تبعاً به همین علت است که گام دوم علی‌رغم این که خیلی فراتر و عمیق‌تر از گام اول اجرا می‌شود، زیاد خبر ساز نیست. طبق سیاست‌های کلان بالادستی پیشگیری اولویت اول ماست. خوشبختانه در دوره وزارت بهداشت دولت تدبیر و امید اولین سیاست اتخاذ شده این بود که محرومین بایستی به حساب بیایند و دیگر با پاک کردن صورت مسئله نمی‌شود مشکل را حل شده دید، رویه‌ای که سال‌ها در حال انجام بود، البته مسئولان گذشته هم معتقدند اگر ما به حاشیه‌نشینان آب، برق و بهداشت بدهیم، بقیه هم به این مناطق می‌آیند، در حالی که این طرز فکر درست نبود. به هر حال وزارت بهداشت در گام دوم، برنامه‌ای را با الهام از برنامه مراقبت‌های اولیه بهداشتی که سازمان جهانی بهداشت در ۱۹۷۸ کنفرانس آلماتا گذاشته بود و ما در شبکه روستایی‌مان آن را پیاده کردیم، برای شهرها و حاشیه‌های آن شروع کرد، یعنی هم ارتقای، هم پیشگیری، هم شناسایی زودهنگام، هم تشخیص مشکل در مان و حتی توان بخشی انتهای کار.

این برنامه همان نسخه پیشرفته شبکه‌های بهداشتی اوایل انقلاب است؟

❖ بله خدماتی تکامل یافته‌تر ایجاد می‌کند که این خدمات به همه جمعیت ارائه می‌شود، نه فقط به گروه مادران باردار و کودکان زیر ۵ سال. مراقبان سلامت کارشناسان چندپیشه هستند و باید تمام کسانی که سرشماری کرده‌اند را به مرکز خدمت دعوت کند و به تناسب بسته خدماتی که متناسب با مشکلات شایع بیماری تعریف شده، ارائه خدمت کند. اگر افراد نیامدند دنبالشان برود. به این خدمات، فعال می‌گویند. بعد اصلی مسئله این است که نظارت و ارزشیابی مراقب سلامت بر اساس تعداد پرونده‌های فعال اوست؛ یعنی اگر تشویق بشود، بر اساس تعداد پرونده تشویق می‌شود، اگر تنبیه هم بشود، بر همان اساس است و حتی پرداخت حقوق هم منوط بر تعداد پرونده است.

با خطر گزارش کارهای نکرده چه می‌کنید؟

❖ مثل همه کارهای دیگر روش‌های نظارتی مشخص و علمی و تبیین شده وجود دارد، مشکلی نیست. از مراکز بهداشت شهرستان کارشناسی که فاقد سوگیری است کنترل می‌کند و به خانه مردم منطقه هم مراجعه می‌کند. گاهی اوقات اگر لازم بشود پرونده چند خانه را اتفاقی برمی‌داریم و به در خانه آن‌ها می‌رویم؛ بنابراین شاغلین این عرصه از دو طرف کنترل می‌شوند هم از طرف آن واحدی که شمارا به کار گرفته است که بخش خصوصی است و هم از طرف وزارت بهداشت. برای اینکه حجم دولت زیاد نشود، متولی‌گری و سیاست‌گذاری را انجام می‌دهیم ولی خدمات را توسط کارکنان بخش خصوصی ارائه می‌نماییم.

یعنی پایگاه‌های سلامت خصوصی هستند؟

❖ بله اغلبشان خصوصی‌اند و از این طریق برای جوان‌هایمان که کارشناس بهداشت عمومی یا مامایی هستند اشتغال‌زایی کرده‌ایم، ما بسته‌ای را تحت عنوان بسته ارائه خدمت به مراقبت بهداشتی اولیه سلامت در حاشیه شهر آماده کردیم، شامل خدمات سلامت اعم از ارتقای، پیشگیری، شناسایی زودهنگام، تشخیص و درمان سطح اول که پزشک عمومی است. استانداردهای لازم مثل نیروی انسانی را مشخص کردیم و بعد به مناقصه گذاشتیم، گفتیم به صورت سرانه مبالغ را پرداخت می‌کنیم. در اینجا اگر بخواهیم پیشرفت کنیم باید حتماً این سیاست را بپذیرند و بخش‌هایی از این کار را که به درمان و درمان سطح ۲ می‌رسد، تأمین کنند. کشورهای پیشرفته هم به سمت این مسئله رفته‌اند که مراقبت در سطح یک و سطوح دورا یک واحد به صورت یکپارچه انجام می‌دهد و هزینه‌ها هم خیلی پایین می‌آید. برای انجام خدمات بهداشت شهری بلوک‌بندی‌هایی انجام شد و برای هر بلوک با جمعیت ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر یک مراقب سلامت به کارگیری شد. مراقبین سلامت دعوت شدند، آموزش دیدند، خدمات فعال و بسته خدمات تعریف شد. این بسته خدمات مبتنی بر مشکلات شایع سلامت در کشور است که توجه ویژه به

حاشیه شهر می‌کند. این توجه ویژه یعنی علاوه بر خدمات پیشگیری و خدمات مربوط به بیماری‌های واگیردار و خدمات مراقبت بیماری‌های مزمن و غیر واگیر مثل دیابت و فشارخون که در سایر مکان‌ها انجام می‌شود، به دلیل وجود آسیب‌های اجتماعی بالاتر در حاشیه شهرها بسته خدمات آسیب‌های اجتماعی برای این مناطق دیده شده است.

برخی معتقدند که پزشک خانواده فدای طرح مراقبان سلامت شده است و به لحاظ ساختاری و به لحاظ خدماتی که ارائه می‌شود، نمی‌توان این پایگاه‌ها را جایگزین طرح پزشک خانواده کرد. در دورنمای طرح پایگاه‌های سلامت نظام ارجاع کجا است؟

❖ من به عقاید همکاران و منتقدان احترام می‌گذارم ولی یک سؤال دارم، پزشک خانواده کجا بود که ما این طرح را جایگزینش کردیم؟ اصلاً کجا اجرا می‌شد؟ در حاشیه شهر کدام پزشک خانواده اجرا می‌شد؟ چطور می‌توانیم ما این قدر خودخواه باشیم بگوئیم برای حفظ منافع یک حرفه خاص، سیستم خدمات خودش را به مردمان حاشیه‌نشین که ۱۱ میلیون نفر جمعیت هستند ارائه نکند تا مبادا مراقب سلامت جایگزین پزشک نشده باشد. من در جایی وارد شدم و این طرح را انجام می‌دهم که چیزی تحت عنوان پزشک خانواده وجود ندارد. هر یک از مردم حاشیه شهر که می‌دانست بچهاش باید واکسن بزند به منطقه شهری می‌رفت و به سختی خدمت می‌گرفت، چون در سیستم شهری باید معلوم شود که تو چه کسی هستی؟ کجا زندگی می‌کنی؟ در حوزه واحد خدمات بهداشتی هستی یا نه؟ اینجا شماره پرونده داری؟ چون واحد بهداشتی هم باید پاسخ بدهد این واکسن‌ها را به چه کسی زده و چگونه مصرف کرده است؛ بنابراین مردم بیچاره و گرفتاری که در حاشیه شهر زندگی می‌کردند، نمی‌توانستند واکسن بزنند. ما در چنین شرایطی وارد گود شدیم و پایگاه سلامت و بعد هم مرکز سلامت جامعه درست کردیم. یادمان باشد از نظر تئوری و علمی ما می‌گوییم اولین سطح خدمت خود شخص است. خودمراقبتی و بعد خانواده. سپس اولین واحد رسمی که مردم به آن مراجعه می‌کنند، پایگاه سلامت شهری است که در اینجا برای هر ۲۵۰۰ نفر یک مراقب داریم، مراقب کسی است که ماما یا کارشناس بهداشت خانواده یا کارشناس بهداشت عمومی مادر و کودک است، این افراد را در یک دوره ۱۵۰ ساعت حضوری و ۶۰۰ ساعت راه دور و با آزمون کتبی و عملی تربیت کردیم. کسانی که نیاز به خدمات یک سطح بالاتر داشته باشند، توسط مراقب به مرکز سلامت جامعه سلامت ارجاع می‌شوند که در آن محله و منطقه مستقر شده است، هر دو یا چهار پایگاه سلامت تحت پوشش مدیریت و نظارت یک مرکز سلامت جامعه قرار می‌گیرد. در مرکز سلامت جامعه پزشک، دندان‌پزشک و آزمایشگاه وجود دارد. البته آزمایشگاه و دندان‌پزشک در صورتی که در منطقه باشد خرید خدمت می‌شود و به مرکز سلامت اضافه نمی‌گردد، چون قرار این است که مردم به این خدمات دست پیدا کنند و بهره‌مند شوند نه این که حتماً دولت این کار را بکند. هیچ جای جهان در سطح اول هنوز این کار را نکرده‌اند که کارشناس تغذیه و بهداشت روان را در سطح یک ارائه خدمت بگذارند اما ما در ساختار مراکز خود این دو سمت را دیده‌ایم. چون ده عامل اول بیماری در کشور عمدتاً ناشی از الگوی غذایی مردم است.

پس می‌شود گفت مدیریت فعلی وزارت بهداشت این طرح مراقبان سلامت را کارآمدتر از پزشک خانواده می‌داند.

❖ صحبت من این است که پزشک خانواده اصلاً وجود نداشت که بخواهیم این دورا مقایسه کنیم، وزارت بهداشت طرح مراقبان سلامت را شروع کرد چون چیزی وجود نداشت و سعی کردیم به بهترین وجه آغاز کنیم. این طرح اساساً باید زمینه‌ساز پزشک خانواده باشد. اگر ما برای هر ۲۵۰۰ نفر یک مراقب گذاشته‌ایم این توانمندی را داشته‌ایم اما به این تعداد پزشک نداریم. همه می‌گویند از سال ۶۶ و ۶۷، هر سال ۵۰۰۰ پزشک تربیت کرده‌ایم ولی بیش از نیمی از این افراد که در سازمان نظام پزشکی ثبت شده‌اند، دیگر اصلاً مراجعه نکرده‌اند و معلوم نیست کجا هستند و به چه شغلی مشغول‌اند. لذا اگر قرار باشد برای هر ۳ هزار نفر که رقم بالایی هم است، یک پزشک خانواده داشته باشیم، برای ۷۵ میلیون نفر حداقل ۳۰ هزار نفر پزشک لازم داریم؛ اما

پرونده اول

■ بهداشت

و پیشگیری



چطور می‌توانیم

این قدر خودخواه

باشیم و بگوئیم

برای حفظ منافع

یک حرفه خاص،

سیستم خدمات

خودش را به مردمان

حاشیه‌نشین ارائه

نکند تا مبادا مراقب

سلامت جایگزین

پزشک خانواده

نشده باشد



اطبای محترمی که در
طرح پزشک خانواده
بودند در تشخیص و
درمان سرآمد هستند
ولی برای پزشک
خانواده بودن
آموزشی ندیده‌اند.
اگر قرار است پزشک
خانواده اجرا شود
باید شناخت کامل
از خانواده‌های تحت
پوشش داشت

وزارت بهداشت نزدیک به ده هزار نفر را در اختیار دارد. هرگاه تعداد اطبای ما بیشتر بشود، تعداد پزشکان حاضر در طرح هم به‌مرور افزایش پیدا می‌کند، به شکلی که برای هر ۲۵۰۰ تا ۳۰۰۰ نفر یک پزشک خواهیم داشت.

توجیه دادید آن سیستم ناکارآمد را استمرار بدهید؟

در حال اصلاح آن سیستم ناکارآمد هستیم. استاندارد پزشک خانواده چیست؟ به‌طور سنتی آموزش پزشکی در کشورهای منطقه و از جمله خود ما بر اساس تشخیص و درمان است یعنی ما از زمانی بیمار را می‌بینیم که با شکایتی مراجعه می‌کند ما قبلاً کاری نداشتیم که مراجعه‌کننده کجا زندگی می‌کند، چه کسی هست، چند بچه، چه شخصیتی، چه عادات و چه الگوهای رفتاری دارد، ما در آموزش که به پزشکان می‌دادیم کاری به این مسائل نداشتیم اما پزشک خانواده برای انجام وظایف خود باید این مسائل را بداند. اطبای محترمی که در طرح پزشک خانواده بودند در تشخیص و درمان سرآمد هستند ولی برای پزشک خانواده بودن آموزشی ندیده‌اند. اگر قرار است پزشک خانواده اجرا شود باید شناخت کامل از خانواده‌های تحت پوشش داشت. حتی پزشک در درگیری‌های عاطفی هم مداخله کند. تا زمانی که پزشک کاملاً متبحر بشود تا خدمات ارتقای را کامل انجام دهد شاید به این زودی‌ها نتوانیم طرح پزشک خانواده را انجام بدهیم. چون باید نظام آموزشی اصلاح و هم نسبت پزشک به بیمار کم بشود. استاندارد این کار هر هزار نفر یک پزشک یا حداکثر ۱۲۰۰ نفر است. ولی الان ما با ۳ هزار نفر این کار را پیش می‌بریم و برای این که پرونده‌ها کامل، جامع و در همه ابعاد خدمت‌رسانی شود، مراقب سلامت خانواده را کنار پزشکان قرار دادیم.

یکی از زیرساخت‌های طرح تحول سلامت، پرونده الکترونیک سلامت هست، در این راستا چه کردید؟

زیرساخت این امر وجود ندارد و ما هم نمی‌توانیم بگوییم زیرساخت پرونده الکترونیک نیست، پس کار را شروع نکنیم. برخی می‌گویند: کشوری که طرح کارت‌های هوشمند سوخت را به‌راحتی اجرا می‌کند، زیرساخت پرونده الکترونیک سلامت را طبیعتاً دارد. من می‌گویم: ندارد، ۵۴ درصد از روستاهای مملکت ما دسترسی آنلاین به اینترنت ندارند.

حداقل مناطق شهری که دارند؟

در خیلی از مناطق شهر به‌طور دائم دسترسی به اینترنت وجود ندارد. برای اجرای این طرح دو چیز لازم است یکی زیرساخت و دیگری نرم‌افزار. سیستم پزشک خانواده اگر بخواهد یک مقدار به استاندارد نزدیک‌تر شود، باید نظام اجرایی‌اش الکترونیک باشد، چون ارجاع در این طرح مهم است. اگر من ندانم مریضی را قبلاً کجا فرستادم و الان کجا می‌فرستم، اختلالاتی در ارائه خدمت پیش می‌آید اما وقتی در سیستم ثبت می‌شود، فلانی این هفته ۱۰۰ قرص گرفته، هفته پیش هم ۱۰۰ قرص، به او مشکوک می‌شویم که این‌ها را چه می‌کند؟ اما وقتی ثبت الکترونیک نباشد این‌گونه مسائل رصد نمی‌شود. کارها هم در سیستم ارائه خدمت و هم در سیستم پیگیری، با سیستم الکترونیک قابل انجام است. وقتی الکترونیک شده باشد طبیب ارجاع داده‌شده بر اساس نظام ارائه خدمت در پرونده مریض ثبت می‌کند که تشخیص شما آقای دکتر غلط بوده، این کارها را باید بکند یا تشخیص شما صحیح بوده و این نقشه درمانی مریض است. خدمات استاندارد این است، ما بنا نداریم سر خودمان و مردم را کلاه بگذاریم، الان این نرم‌افزار وجود دارد و در استان فارس از چند ماه قبل تعبیه شده است. همچنین قرار این نیست که کارت سلامت در این مرحله بدهیم بلکه افراد با کد ملی وارد سیستم پرونده الکترونیک می‌شوند و اطلاعات افراد همه سطح‌بندی می‌شود تا همه پزشکان به همه اطلاعات افراد واقف نباشند. این طرح در شیراز و اسلامشهر شروع شده است و در مراحل انتهایی آزمایش نتایج مثبتی را هم نشان داد. امیدوار هستیم که طی ۶ یا ۷ ماه آینده این سیستم در کل کشور استقرار پیدا کند ولی اگر هر اشکالی هم طی اجرای برنامه وجود داشته باشد، حل خواهیم کرد. این طرح طی مرحله آزمایش بالغ‌بر ۸۰ درصد انتظارات را برطرف کرد، پس در ادامه هم اجرا می‌شود. پزشکان اول باید وارد سیستم بشوند و نرم‌افزار برایشان نصب شود، اگر من از محل زندگی خودم به یک شهر دیگر رفتم، در شهر دیگری به مطب پزشک بروم با کد

ملی بعداً مراقب سلامت من می‌بیند، من در شهر دیگر رفتم فلان شهر و فلان دارو را گرفتم. پس بخش اول خود خدمت‌دهنده‌ها هستند، باید حتماً مجهز بشوند و آرام‌آرام در طرح قرار گیرند.

سیاست‌های تشویقی شما برای این که مردم بیایند و از این سازوکار استفاده کنند، چیست؟

اگر قرار باشد پزشک خانواده را در کشور مطابق برنامه پنجم توسعه اجرا کنیم مردم باید مثل خیلی از کشورهای دیگر منافع فردی را به منافع جمعی گره بزنند. دفترچه بیمه قبلاً مثل چک سفید امضا در دست مردم قرار داشت. این فرهنگ رفتاری باید توسط خود مردم اصلاح شود. ما اصرار داریم مردم پزشک خانواده را به‌عنوان مشاور قبول کنند، پیش از این امکان داشت از صد مراجعه‌کننده روزانه به پزشک متخصص اعصاب ۹۵ نفر با مشکلاتی نامربوط مثل سینوزیت و یا سرماخوردگی مراجعه کنند. آن ۵ نفری هم که با مشکل مربوط و مثلاً تومور مغزی می‌آمدند، پزشک دیگر توان و وقت رسیدگی دقیق نداشت. حالا اگر کاری کنیم که وقت پزشک برای همان ۵ نفر صرف شود خدمات در زمان مناسب و به‌فرد مناسب ارائه شده است. پیوستن به این طرح یک وظیفه همگانی است. صداوسیما باید در تبلیغ این طرح حرکت بکند. خود نماینده مجلس که این قانون را تصویب کرده، از آن تبعیت کند. نماینده استان فارس از این که مردم اول باید به پزشک خانواده مراجعه کنند و در صورت تشخیص این که نیازمند تخصص هستند به متخصص بروند احساس ناراحتی می‌کند و به‌عنوان یک مشکل تذکر می‌دهد. آیا حوزه بهداشت غیر از اجرای قانون نمایندگان کار دیگری کرده است؟ حالا چرا در آن استان اجرا می‌شود در استان دیگر اجرا نمی‌شود، به خاطر این است که ما هر جا توان داشته باشیم، اجرا می‌کنم. هر جا پزشک مراجعه کند، اجرا می‌کنیم. حالا جایی پزشک به تعدادی نیست که بین مردم تقسیم کنیم. درست است این کار را شروع کنیم؟

یک عده قائل به این هستند که مردم آزاد باشند، پزشک خانواده و نظام ارجاع پوشش‌های بیمه‌ای به‌گونه‌ای باشد که یک منفعت و ارزانی خدمات به وجود بیاید و اگر هر کس خواست در خارج از نظام ارجاع و در بخش خصوصی باشد، باقیمت واقعی خدمت بگیرد.

این مدل در سراسر جهان پیاده شده و کشورهایی که پزشک خانواده دارند هر دو مدل را تجربه کرده‌اند و بستگی دارد به منابع بهداشت و قدرت مالی آن کشور، مثلاً جایی مثل کانادا که قریب ۳۵ هزار دلار سرانه هر نفر در سال است یک مدل سیاست اتخاذ می‌کند، جایی مثل ما که نزدیک ۱۷۰۰ دلار سرانه داریم طور دیگری باید سیاست‌گذاری کنیم. آیا انسان خردمند می‌گوید که ما وقتی کشوری با منابع محدود داریم از صد نفر مراجعه‌کننده به یک مرکز ام‌آر‌آی ۹۰ نفر بی‌علت مراجعه کرده باشند؟ فقط چون دلمان خواسته برویم پیش متخصص ارتوپدی یا مغز و اعصاب و فشار بیاوریم که برای من ام‌آر‌آی بنویس. این هزینه را چه کسی می‌دهد؟ خود مراجعه‌کنندگان می‌دهند؟ نه. هزینه از جیب آن بیوه‌زن و یتیم و فقیر هم می‌رود. یک تعداد از خدمات تکنولوژیک بسیار بالا غیر ضروری استفاده می‌کنند و در نهایت یک عده در محرومیت از این امکانات قرار دارند. آیا می‌شود در اینجا توزیع را عادلانه دید؟

بودجه معاونت بهداشت چند درصد بودجه کل وزارت بهداشت است؟

چون از کل منابع اطلاع ندارم دقیق نمی‌دانم، اعتبارات عمرانی حوزه بهداشت در سال ۹۳ و تا همین چند ماه ابتدای ۹۴ که برای ساخت‌وسازها تعمیرات و تجهیزات هزینه شده است ۷۰ برابر کل اعتباراتی بود که تا به حال برای حوزه بهداشت می‌آمده است. جای تقدیر از مجلس و دولت است که بعد از سال‌ها به یک بخش از وظایف حاکمیتی‌شان یعنی تأمین سلامت مردم توجه کردند.

وقتی قسمت عمده‌ای از آن را در حوزه درمان استفاده می‌کنیم آیا شعار پیشگیری بهتر از درمان است را به آن توجه کرده‌ایم؟ در این صورت یک وزارت خانه بهداشت محور هستیم یا درمان محور؟



ارزش سلامت همگانی در آمریکا



ترجمه و تنظیم
فاطمه بختیاری

از نظر سیاست‌گذاران سلامت آمریکا، یک سیستم قدرتمند سلامت همگانی یک سرمایه‌گذاری حیاتی محسوب می‌شود. مرکز کنترل بیماری‌ها (CDC) با بودجه‌ای برابر با ۶/۹ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۴ شیوع بیماری‌ها را کنترل می‌کند، در زمان بلایای طبیعی و بیوتروریسم فعال است، روش‌هایی برای ایمن نگاه داشتن آب و خوراکی ارائه می‌دهد، دلایل عمده مرگ را در کنترل می‌گیرد و ظرفیت سلامت همگانی را برای کاهش مخاطرات در آمریکا و در جهان تقویت می‌کند. از غذایی که می‌خورید تا هوایی که نفس می‌کشید تا ایمن بودن در هر جایی که هستید، همه این‌ها وظیفه CDC است و تمامی جنبه‌های زندگی را در بر می‌گیرد.

مداخله همه متخصصین در سلامت همگانی

محققین، دانشمندان، پزشکان، پرستاران، اقتصاددانان، سخنگویان، تحصیل‌کنندگان، فناوران، امراض مسری شناسان و بسیاری از متخصصین دیگر CDC همه به بهبود سلامت همگانی کمک می‌کنند. این مرکز با آموزش و راهنمایی‌رساندن به بخش‌های عمومی و دولتی سلامت همگانی به پیگیری بیماری‌ها، استفاده از ظرفیت‌های آزمایشگاهی برای پاسخ‌گویی سریع و مؤثر در برابر مخاطرات سلامتی آمریکا می‌پردازد و از این طریق راهنمایی‌ها و توصیه‌هایی برای تصمیم‌گیران بالینی، سیاست‌گذاران و همچنین شهروندان ارائه می‌دهد.

به عنوان مثال، CDC با اقدامات ذیل توانسته گام مؤثری در بهبود سلامت مردم بردارد:

- ❖ واکسیناسیون منظم کودکان جلوی بیش از ۲۰ میلیون بیماری را گرفته است و ۴۲ هزار مرگ را دفع کرده است و قریب به ۷۶ میلیارد دلار ذخیره نموده است.
- ❖ آمریکا با صرف تنها ۱۹ میلیارد دلار در پیشگیری از HIV از سال ۱۹۸۱ به بعد، از بیش از ۳۰۰ هزار ابتلا به ویروس HIV جلوگیری کرده است و ۱۳۰ میلیارد دلار ذخیره نموده است.
- ❖ تقویت اسید فولیک در دانه‌های غلات از ۱۰ هزار نقص تولد در دهه‌ی گذشته جلوگیری کرده و جلوی قریب به ۱ میلیارد دلار هزینه درمانی و تولیدات هدررفته را در آمریکا گرفته است.
- ❖ این مرکز پژوهانه ۲ ساله‌ای را به فارغ‌التحصیلان دانشگاهی پرداخت می‌کند تا در آژانس‌های سلامت عمومی در سرتاسر آمریکا فعالیت کنند و در ارتقای سلامت مردم کمک کنند.
- ❖ سالانه بیش از ۸۵ درصد از بودجه سالانه‌اش را به بسیاری از سازمان‌ها اعطا می‌کند تا از طریق فراهم ساختن سلامت، امنیت و آگاهی به جوامع اطرافشان در سرتاسر آمریکا در دستیابی به اهداف این مرکز و کنترل و پیشگیری بیماری‌ها کمک کنند.

❖ نظام سلامت وقتی در دولت یازدهم کار را به دست گرفت، مشکلات سلامت را بررسی کرد و پی برد اولین مشکل پرداخت از جیب بالا بود. آیا این پرداخت در دادن پول و اکسن بود؟ یا پرداخت برای جراحی بود؟ سرپایی؟ دندانپزشکی؟ ۲۷ درصد از پرداخت از جیب برای دندانپزشکی است.

کمتر آدمی پیدا می‌شود که به خاطر گرانی، چند دندان خراب نداشته باشد و نتواند برود ترمیم کند. آن پدر بودن و آن سرپرستی که باید از مردم بشود آیا شده است؟ بچه‌ام را به خاطر این که کفش ندارد به مدرسه نمی‌فرستم. این چگونه مردم‌داری است؟ این چه جور نظام سلامتی است که مردمانی داشته باشیم که به خاطر گرانی خدمت‌توان پرداخت ندارند و آن مریضی را تحمل می‌کنند؟ در نتیجه در برنامه سوم و در برنامه چهارم تأکید شده است حداکثر ۳ تا ۲۵ درصد هزینه‌های سلامت در خانواده دیده بشود. سابق بر این قریب ۶۰ تا ۶۵ حتی ۷۰ درصد پرداخت‌ها از جیب خانواده‌ها بود.

مسئله به یک معضل اجتماعی تبدیل می‌شد، اشتباه نگرید. منتقدین را احترام می‌گذارم ولی اگر قرار باشد به عنوان یک مسئول در مقابل مشکلات مردم خود را مورد سؤال بگذاری و بگویی: من از کجا شروع کنم؟ ناچاری از جایی شروع کنی که دارد به معضل اجتماعی تبدیل می‌شود.

اگر به سرعت گام دوم طرح تحول سلامت را اجرا نمی‌کردیم، منابع هیچ‌گاه کفاف بخش درمان را نمی‌داد. شناسایی زودهنگام که می‌کنیم یک بیمار فشارخونی را از عوارض و نیازهای بعد و خدمات تکنولوژیک با قیمت بالا نجات می‌دهیم. با استقرار پایگاه‌های سلامت در کشور روستاهایمان را ارتقای عجیب داده‌ایم وقتی من در روستا قریب به ۴۰ درصد واحدهای روستایی خالی از پزشک بود، تحویل این سیستم را تحویل گرفتم و الان به جرأت می‌گویم مرکز بهداشت و درمانی فاقد پزشک نداریم. شاید بجای ۳ پزشک ۲ پزشک در یک مرکز داشته باشیم اما هیچ جایی بدون پزشک باقی نمانده است. ۲۸ میلیون نفر جمعیت روستایی کاملاً تحت پوشش هستند. در شهرها از حاشیه شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر وارد شدیم و الان ورود به شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر پیدا کردیم.

۱۹۵۵ پایگاه سلامت و ۸۲۰ مرکز سلامت جامعه راه افتاده است. ۲۵ میلیون نفر جمعیت شهری در شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش طرح رفته‌اند و به علاوه بخشی از جمعیت شهرهای بزرگ و امیدواریم این تحول اگر ادامه پیدا کند و منابع در مجلس و دولت مصوب بشود دولت همچنان بر عهد خودش پای بند باشد ما می‌توانیم تا آخر سال ۹۶ کشور را با طرح تحول سلامت پوشش کامل بدهیم.

❖ چه قدر در نظام سلامت ما، ذی‌نفع نبودن سیاست‌گذاران رعایت می‌شود و این فرهنگ جایی افتد که یک وزیر بهداشت یا یک مدیر لزوماً نباید پزشک باشد؟

❖ کاملاً حرف منطقی است. فرد باید کاردارن باشد فارغ از این که پزشک است یا پزشک نیست. نکته این است که نظام سلامت را بشناسد. مدیریت بهداشت و درمان را آشنا باشد. خیلی وقت‌ها بوده در این مملکت معاون وزیر یا وزیر را از پشت میز دانشگاه به عنوان مدرس در وزارت خانه برده‌ایم و اینجا تازه به او کار یاد داده‌ایم.

باید از تعارفات دست بکشیم از این که شخص را می‌شناسیم و به او اطمینان داریم مهم است اما کافی نیست و تخصص او را باید مدنظر قرار داد. اگر در یک کشوری مثل آمریکا مقررات دولتی این است که تصمیم‌گیرندگان نباید نفعی در تصمیمی که می‌گیرند داشته باشند، یک قانون دارند. اگر این قانون زمانی در کشورهایی مثل ما هم تصویب شود آن وقت تفاوت در انتخاب وزرا و معاون و مدیران کل ایجاد می‌شود. البته آن زمان که در همان کشورها این قانون را اجرا می‌کنند مسائل جانبی را می‌بینند. الان بخش بزرگی از مدیران حوزه بهداشت از حداقل دریافتی کسانی که زیرمجموعه خودشان هستند، محروم‌اند لذا اگر قرار باشد هم‌زمان مسئول و مدیر نتواند به بخش خصوصی خودش هم برود. طبعاً امکان‌پذیر نیست و جامعه از خدمات مدیریتی این آدم بی‌بهره می‌شود، هر قانونی را اجرا کردیم باید تمام تبعات مربوط به آن را قبول کنیم.

گفت‌وگو با مشاور عالی رئیس
سازمان نظام پزشکی کشور

نظام سلامت برنامه‌ای برای ۸۰ هزار پزشک عمومی ندارد



حسین خاندانی

گفت‌وگو
علی‌ذاکری نژاد

است که مردم را به سمت اولاً بیمار نشدن و ثانیاً درمان بیماری‌ها با کمترین هزینه و بهترین روش‌ها سوق می‌دهد. هم‌اکنون در کشور های موفق در دنیا مدل نظام ارجاع و پزشک خانواده در حال اجراست.

❖ جایگاه نظام ارجاع و پزشک خانواده در اسناد بالادستی چگونه توصیف شده است؟

❖ برنامه پزشک خانواده از برنامه سوم توسعه مورد تأکید قرار گرفته است و در برنامه چهارم و پنجم هم مورد تأکید قرار گرفته است، همچنین سطح‌بندی در ارائه خدمات در سیاست‌های کلی سلامت نیز مورد توجه قرار گرفته است.

❖ زیرساخت‌های لازم برای اجرای آن چیست؟

❖ در ابتدا این طرح نیاز به منابع روشن و شفاف و البته پایدار دارد، همچنین باید مزایای این نظام برای مردم بیان شود و در اجرای این طرح نیازمند باور و عزم جدی مسئولین وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر است که باید بین آن‌ها همکاری بین بخشی به وجود بیاید. البته اجرای این طرح به زمان نیاز دارد مثلاً در آمریکا هنوز این طرح به‌طور کامل پیاده نشده است.

در کشورهایی که این نظام را اجرا می‌کنند ۱۵ درصد از درآمد ناخالص ملی صرف اجرای این طرح می‌شود ولی در کشور ما ۶ الی ۶/۵ درصد است. البته این کشورها نظام‌های مالیاتی پیشرفته‌ای دارند و همچنین سهم پرداختی به بیمه‌ها زیاده‌تر از کشور ماست؛ بنابراین همه آن ۱۵ درصد از منابع دولتی نیست بلکه حاصل مشارکت خود مردم در قالب صندوق‌های بیمه است اما در کشور ما سهم پرداختی مردم خیلی بالانگیز و نظام مالیاتی هم خیلی دقیق نیست. طرح تحول سلامت هم طرح مناسبی است ولی هم‌اکنون با بدهی‌های کلان بیمه‌ها به بیمارستان‌ها و داروخانه‌ها مواجه شده است چون که منابع طرح تحول سلامت پایدار نبوده است، بنابراین نظام ارجاع باید منابع پایدار داشته باشد.

❖ همان‌طور که اشاره کردید، این طرح باید مداوم و به‌صورت بلندمدت اجرا شود. در دولت‌های مختلف شاهد اجرای مقطعی و ناقص این طرح بوده‌ایم که با شکست مواجه شده است. در حال حاضر نیز مسئولین وزارت بهداشت نیز

پیشگیری مقدم بر درمان جمله‌ای است که سال‌های متوالی گفته شده اما هیچ‌گاه این شعار تبدیل به یک سیستم کارآمد نشده است. با این حال تلاش‌های متعددی صورت پذیرفته است، از جمله این تلاش‌ها طرح پزشک خانواده است که به دنبال تحقق نظام ارجاع است، خدمات اولیه سلامت به‌عنوان خدمات سطح اول، توسط پزشک خانواده ارائه می‌شود، بعد از آن نظام ارجاع به میان می‌آید و یک بیمار، در صورت نیاز به سطح دو یعنی نیازمند خدمات پزشک متخصص در بیمارستان ارجاع می‌شود و باز هم اگر به خدمات فوق تخصصی نیاز داشت به سطح سه یعنی یک پزشک فوق تخصص، ارجاع داده می‌شود. هرچند این طرح در ظاهر خوب است و قرار بود در کل کشور اجرایی شود اما در نهایت تنها به دو استان فارس و مازندران محدود شد. هدف این طرح تقویت جایگاه پزشک عمومی بود، از این منظر به گفت‌وگو با دکتر حسن هویدا فارغ‌التحصیل پزشکی عمومی پرداختیم که علاوه بر تخصص در رشته بهداشت، سابقه مدیریت بیمارستان‌هایی مانند فیروزگر، طرغه و... را نیز دارد و در حال حاضر مشاور عالی رئیس سازمان نظام پزشکی و عضو انجمن پزشکان عمومی است.

❖ همان‌طور که می‌دانید در نظام ارجاع، محدودیتی برای دسترسی به خدمات تخصصی وجود دارد؛ بنابراین برخی از مردم تمایل دارند که در گام اول مستقیماً به پزشک متخصص مراجعه کنند. این موضوع چه مشکلاتی را ایجاد می‌کند؟

❖ باید پرسید که آیا فرد خودش می‌تواند تشخیص دهد که باید به چه پزشکی مراجعه کند؟ البته برخی موارد مانند مشکلات چشمی و... مشخص است که به چه پزشکی باید مراجعه شود ولی در بسیاری از بیماری‌ها این گونه نیست. در حقیقت با توجه به این که مردم عادی با دانش پزشکی آشنایی ندارند، باید فردی که با این دانش آشناست آن‌ها را راهنمایی کند. آن راهنما همان پزشک خانواده

اجرا کنند. با این استدلال، وزارت بهداشت به عنوان بزرگ‌ترین ارائه‌دهنده خدمت درمانی انگیزه کافی برای اجرای این طرح را ندارد. نظر شما چیست؟

بله کاملاً درست است. در سایر کشورها، نظام بیمه‌ای است که پزشک خانواده افراد را تعیین می‌کند چون که در نهایت سهم بیمه مردم در یک مسیر صحیح مصرف می‌شود و با توجه به پیشگیری محور بودن پزشک خانواده، برای بیمه‌ها منافعی را به دنبال دارد. در واقع بیمه‌ها در هر امری که منجر به پیشگیری از بیماری می‌شود پیش قدم می‌شوند، مثلاً در برخی از کشورها، بیمه‌ها به وضعیت نامناسب جاده‌ها یا ایمنی اتومبیل‌ها رسیدگی می‌کنند چون که در راستای پیشگیری است و هزینه‌ها را برای بیمه‌پایین می‌آورد و به نفع مردم هم تمام می‌شود.

آیا آماری از تعداد فارغ‌التحصیلان پزشکی عمومی و همچنین پزشکان عمومی مشغول به کار دارید؟

ما در کشور ۸۰ هزار پزشک عمومی فارغ‌التحصیل داریم که عمدتاً به کارهایی غیر از پزشکی مشغول هستند. در سال ۱۳۸۹ با پیگیری‌هایی که در سازمان نظام پزشکی صورت گرفت، طرحی اجرا شد که تعدادی فرصت شغلی برای پزشکان عمومی ایجاد گردد که حدود ۱۰ هزار پزشک عمومی در این طرح ثبت‌نام کردند ولی هم‌اکنون با وجود نیاز به پزشک عمومی در برخی مراکز، تمایل این پزشکان به فعالیت کمتر شده است و عمدتاً به مشاغل آزاد مشغول هستند که وضعیت درآمدی مناسب‌تری از پزشکی عمومی دارد.

به نظر شما با این تعداد پزشک عمومی که در کشور وجود دارد، امکان اجرای نظام ارجاع هست؟

بله این تعداد کافی هست. البته بستگی به برنامه‌ریزی‌ها دارد که چه تعداد خانوار در اختیار یک پزشک خانواده قرار بگیرد اما در مجموع با این تعداد پزشک عمومی امکان اجرای نظام ارجاع وجود دارد. به شرطی که مسئولان طوری برنامه‌ریزی کنند که پزشکان عمومی به وعده‌های آن‌ها اعتماد کنند.

آیا آماری دارید که چه نسبتی از مراجعات سرپایی به پزشکان عمومی و چه نسبتی به پزشکان متخصص صورت می‌گیرد؟

الان آمار دقیقی در اختیار ندارم اما در بخش دولتی، اورژانس‌ها و مراکز بهداشتی عمدتاً مراجعات به پزشکان عمومی هست اما در بخش سرپایی عمده فعالین این بخش در بخش خصوصی مشغول به فعالیت هستند که عمده مراجعات به پزشکان متخصص صورت می‌گیرد.

جایگاه ایده آل یک پزشک عمومی در نظام سلامت کجاست؟

جایگاه ایده آل پزشکان عمومی در سطح اول مراجعات به عنوان پزشک خانواده هست که این‌ها ارجاعات را در صورت نیاز و با صلاحیت خود به سطوح بعدی که تخصصی هستند می‌دهند، این امر مزایایی را که قبلاً گفته شد به دنبال خواهد داشت.

می‌گویند که زیرساخت‌های لازم برای این طرح وجود ندارد. این گفته‌ها صحیح است؟

بله این زیرساخت‌ها وجود نداشته اما در حال حاضر نیز تلاشی برای ایجاد آن‌ها دیده نمی‌شود. به طوری که وزارت خانه تمام انرژی و منابع خود را بر طرح تحول متمرکز کرده است.

خوشبختانه در دولت جدید بحث سلامت در اولویت قرار گرفت و منابع خوبی در اختیار این حوزه قرار گرفت. اگر این منابع که به وزارت بهداشت داده شد صرف اجرای نظام ارجاع می‌شد بهتر بود یا شرایط فعلی مناسب‌تر است؟

طرح تحول سلامت برای هزینه‌های بالای درمانی مردم یک مسکن بود و پرداخت از جیب مردم پایین آمد، اگر چه که منابع پایدار برای این طرح وجود ندارد ولی این موضوع دلیلی بر شکست طرح نیست اما اگر که نظام ارجاع و پزشک خانواده که یک تحول واقعی و بنیادی در نظام سلامت است پیاده می‌شد، مؤثرتر بود.

نقش بخش خصوصی در نظام ارجاع چیست؟

در حال حاضر تعدادی از مراکز خصوصی با بیمه‌ها همکاری دارند و تعدادی هم ندارند، آن تعداد از مراکز خصوصی که آماده همکاری با بیمه‌ها هستند می‌توانند وارد نظام ارجاع شوند ولی بیمارانی که توان مالی بالایی دارند می‌توانند خارج از نظام ارجاع به مراکز خصوصی که با بیمه‌ها قرارداد ندارند، بروند. در حقیقت مزیت نظام ارجاع برای مردم بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای است اما اگر فردی مایل بود خارج از این چارچوب خدمات درمانی بگیرد می‌تواند ولی باید هزینه تمام‌شده را بدون حمایت بیمه‌ها پرداخت کند.

به نظر شما اهمیت طب عمومی در چیست؟

زیربنای نظام سلامت طب عمومی است، در حال حاضر تخصص گرایی در دانشجویان پزشکی ایجاد شده است که در گذشته خیلی کمتر بود، این موضوع بر روی مردم هم تأثیر گذاشته است، به گونه‌ای که به پزشک متخصص هم مراجعه نکرده و به دنبال پزشک فوق تخصص می‌گردند.

ما حدود ۸۰ هزار پزشک عمومی در کشور داریم که جایگاه مشخصی در نظام سلامت ندارند و باید پزشک خانواده و نظام ارجاع این جایگاه را ایجاد کند. البته پزشک خانواده باید آموزش‌های بیشتری در مورد تشخیص اولیه بیماری ببیند که به روش‌هایی قابل اجرا است، مثلاً به صورت پودمانی، یعنی این که در ضمن تحصیل این آموزش‌ها را ببیند. در واقع باید پزشک خانواده برای انجام وظیفه خود، توانمند شود.

عده‌ای از کارشناسان معتقدند که سازمانی باید پزشک خانواده را اجرا کند که برایش منفعت داشته باشد یعنی این که ارائه‌دهنده خدمت از پزشک خانواده منفعتی نمی‌برد و باید سازمان‌های بیمه‌گر کارآمد که زیرساخت‌های لازم مانند پرونده الکترونیک را دارا هستند، در قالب خریدار آگاه و ناظر بر ارائه خدمت آن را

نقد



آغاز شکست یک طرح

طرح پزشک خانواده برای نخستین بار در سال ۱۳۸۴ در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر - آن‌هم در محیط‌های روستایی - کلید خورد و قرار شد در آینده نزدیک در شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر جمعیت و بعدها شهرهای بزرگ اجرا شود. توجیه طراحان این بود که نگاه مردم به پزشک عمومی تغییر کند چرا که در ساختار استاندارد یک نظام سلامت موفق، پزشکان عمومی بیش‌ترین بار مراجعات را تأمین می‌کنند. اما این تغییر نگرش که به اجبار صورت گرفت هیچ‌گاه نتیجه نداد و حتی موجی از بی‌اعتمادی را در جامعه پزشکان عمومی به دنبال داشت. باور عمومی مردم بر این بود که کمبود پزشکان متخصص، سلامتی آنان را به خطر می‌اندازد و دولت قصد دارد با اجرای این طرح تنها به نیاز مالی پزشکان عمومی پاسخ دهد. به دلیل همین باور از این طرح استقبال ویژه‌ای به عمل نیامد و کار به آنجا رسید که مردم با احساس کوچک‌ترین دردی، پرداخت هزینه سنگین و رنج راه را بر خود هموار کردند تا توسط پزشکان متخصص معاینه شوند به هر حال این طرح به طور آزمایشی در چند استان شروع شد ولی در حال حاضر تنها در استان مازندران و فارس اجرا می‌شود.

یادداشت

کامران تهرانی

پیری جمعیت، به گواه آمارهای جمعیتی و گزارش مراکز علمی معتبر بین‌المللی، در آینده‌ای نه‌چندان دور یکی از مهم‌ترین تهدیدهای اقتصادی برای بسیاری از کشورها خواهد بود. کشورهای توسعه‌یافته از جمله آلمان، سوئد، فرانسه و ژاپن سال‌هاست که تلاش می‌کنند با اتخاذ سیاست‌هایی برای افزایش نرخ باروری (۱)، آسیب‌های اقتصادی این پدیده را کنترل کنند. به علاوه کشور چین که سال‌ها سیاست‌های تک‌فرزندی را اجرا کرده هم‌اکنون برای فرار از بحران پیری، سیاست‌های تشویقی برای فرزندآوری را در دستور کار خود قرار داده است.

پیامدهای اصلی پیری جمعیت

بر اساس پژوهش موسسه تحقیقاتی رند RAND که در سال ۲۰۰۴ برای کمیسیون اروپا انجام شده است، پیامدهای اصلی پیری جمعیت عبارت‌اند از: کاهش نیروی کار، فشار بر صندوق‌های بازنشستگی، کاهش تعداد فرزندان به علت مراقبت از سالمندان توسط خانواده‌ها و افزایش شدید هزینه‌های بهداشت و سلامت (۲).

در حقیقت، در جوامع دچار پیری جمعیت، پس از هر دوره بازنشستگی، نیروی کار کم‌تری جایگزین بازنشستگان می‌شود. این پدیده ناشی از کاهش فرزندآوری در دهه‌های قبل است چراکه متناسب با نیروی کاری که از چرخه کار خارج می‌شوند، فرزندآوری صورت نگرفته است. کاهش نیروی کار، به کاهش تولید می‌انجامد و کاهش تولید، رشد اقتصادی یک کشور را دچار آسیب می‌کند. تداوم کاهش تولید نیز اقتصاد را دچار بحران می‌شود.

پیری جمعیت و فشار بر صندوق‌های بازنشستگی

از سوی دیگر، با توجه به اینکه تأمین بازنشستگان، از طریق دریافت مالیات و حق بیمه از نیروی کار فعال انجام می‌شود، افزایش نیروی کار رونق بیشتر تولید و تأمین پایدار بازنشستگی را به همراه دارد؛ بنابراین کمبود نیروی کار جوان، صندوق‌های بازنشستگی را با کسری مواجه می‌کند و فشار بر این صندوق‌ها را افزایش می‌دهد. اگر اختلاف بین دریافت و پرداخت صندوق، از حد توازن خارج شود، صندوق ورشکست می‌شود. پس از ورشکستگی صندوق، نیروی کار، چشم‌انداز روشنی از وضعیت بیمه و حمایت‌های آن نخواهد داشت و بازنشستگانی که سال‌ها با پرداخت حق بیمه برای دوران سالخوردگی خود برنامه‌ریزی کرده‌اند از حقوق قانونی خود بی‌بهره خواهند شد. در این پدیده بسیار خطرناک، التهاب وارد شده به نیروی کار، تولید را دچار بحران می‌کند و در نتیجه تأمین زندگی بازنشستگان بسیار دشوار و تا حدی غیرممکن خواهد بود.

سیاست‌های تشویقی فرزندآوری
در کشورهای توسعه‌یافته جهان

از یارانه‌های نقدی تا مرخصی‌های تشویقی

یادداشت

کامران تهرانی

بحران سالمندی باعث شده تا کشورهایی که به سمت پیری جمعیت می‌روند، با اتخاذ سیاست‌های تشویقی برای افزایش جمعیت جوان، از تبعات منفی آن در اقتصاد، فرهنگ و امنیت جلوگیری کنند که افزایش مهاجرتی و مرزهای باز، فرهنگ‌سازی و مشوق‌های فرزندآوری از جمله آن‌ها است. مشوق‌های فرزندآوری در این کشورها شامل پرداخت یارانه، مرخصی زایمان، یارانه آموزش خردسالان، تخفیف‌های مالیاتی و یارانه مسکن است.

تأثیر پیری جمعیت بر افزایش
هزینه‌های سلامت

بحران پیران



کانادا؛ اختصاص ۲۰ میلیارد دلار به سه طرح تشویقی

این کشور یک طرح تشویقی سه‌گانه برای حمایت از خانواده‌ها پیش‌بینی کرده است که بزرگ‌ترین طرح «معافیت مالیاتی کودکان» نام دارد و هزینه اجرای آن در سال‌های ۲۰۱۶ تا ۲۰۱۷، یازده میلیارد دلار برآورد شده است. طبق این طرح، به خانوارهایی که درآمد سالیانه آن‌ها کم‌تر از ۲۶ هزار دلار است، ماهانه ۳۷۵۰ دلار به ازای هر فرزند پرداخت می‌شود و تا وقتی درآمد خانوار به ۱۱۸ هزار دلار نرسد، پرداخت این یارانه تا هجده سالگی هر فرزند ادامه خواهد داشت. طرح دیگر «مزایای همگانی مراقبت از فرزند» است که شامل تمام خانوارهای کانادایی می‌شود. هزینه اجرای این طرح هفت میلیارد دلار است و این امکان را فراهم می‌کند تا هر خانواده تا پنج سالگی فرزندش، ۱۹۲۰ دلار و تا هجده سالگی، ۷۲۰ دلار یارانه دریافت کند. طرح سوم «کاهش مالیات بر درآمد خانواده» است، طبق این طرح ۱۰۹ میلیارد دلاری، خانواده‌ها تا سقف دو هزار دلار از معافیت مالیاتی بهره‌مند می‌شود، طرح‌های سه‌گانه کانادا با هزینه ۱۹٫۶ میلیارد دلار، ابزار قدرتمندی در دست دولت است تا نرخ باروری را طی دو سال حد مطلوب برساند.

جامعه پیر و افزایش هزینه‌های سلامت

در جوامع مبتلا به پیری، با توجه به افزایش تعداد سالمندان، بخشی از وقت و هزینه خانواده صرف مراقبت از این گروه می‌شود. این پدیده که توسط موسسه RAND نیز پیش‌بینی شده است، تمایل خانواده‌ها به فرزند بیشتر را کاهش می‌دهد و در نتیجه بحران پیری جامعه را تشدید می‌کند. با توجه به اینکه سالمندان بیش از دیگران به بیماری‌های مزمن مبتلا می‌شوند، از پرهزینه‌ترین افراد برای نظام سلامت و بیمه هستند.

مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد با ورود به دوره سالمندی، هزینه‌های درمانی روند تصاعدی پیدا می‌کند و گاه هزینه سلامت و درمان دو سال آخر عمر با هزینه مابقی زندگی برابری می‌کند (۳). در صورتی که سالخورده‌گان درصد بزرگی از جامعه را تشکیل دهند، به این معنی است که به همین نسبت، هزینه‌های بهداشتی درمانی افزایش می‌یابد.

فرزندآوری بهترین راه پیشگیری از افزایش هزینه سلامت

کشورها برای کاهش اثرات این پیامدها، اقداماتی انجام می‌دهند، از جمله تغییر قوانین مهاجرت برای جذب نیروی کار از سایر کشورها، افزایش سن بازنشستگی تا ۱۵ سال بیشتر و افزایش حق بیمه که هر کدام با انتقاداتی مواجه است. در نقطه مقابل طیف دیگری از این سیاست‌ها، بسته‌های تشویقی افزایش فرزندآوری برای جلوگیری از تشدید و تکرار بحران سالخورده‌گی است که بیش از سایر سیاست‌ها مورد استقبال عمومی قرار می‌گیرد.

ایران به دلیل کاهش نرخ باروری با مسئله پیری جمعیت مواجه است که طبق گزارش مرکز جمعیت سازمان ملل، دچار رشد پیری جمعیت سریع و گسترده شده است این در حالی است که ۸/۱ درصد از جمعیت کشور را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل داده‌اند. یکی از راه‌حل‌های اصلی کاهش اثر پیری جمعیت در ایران افزایش نرخ باروری است، نرخ باروری نشان‌دهنده میانگین تعداد فرزندان یک مادر است که این شاخص از ده سال قبل به زیر حد اخطار نزول کرده و هم‌اکنون رقم ۱/۹ را دارد و باید به بیش از ۲/۱ برسد. به هر میزان که این شاخص از ۲/۱ بیشتر شود، اثر پیری جمعیت در آینده کمتر می‌شود.

(۱) تعداد فرزندی که به‌طور متوسط هر یک از زنان جامعه در طول عمر خود به دنیا می‌آورند

(۲) Low Fertility and Population Ageing - Causes, Consequences and Policy Options

(۳) سالمندی در ایران ۱۴۱۰: هشدار برای نظام سلامت، ستار رضایی، فصلنامه طب و تزکیه، ۱۳۹۲



صادق دبیاح



ژاپن: پرداخت یارانه به خانواده‌ها تا پایان دوره دبیرستان فرزندان

ژاپن یکی از پیرترین کشورهای جهان است. این کشور نیز در سال ۲۰۱۲ «قانون کمک‌هزینه فرزندآوری» را به اجرا گذاشت که هدف آن کمک به رشد سالم کودکان از طریق پرداخت کمک‌هزینه نگهداری است. نرخ باروری در ژاپن رقم بسیار پایین ۱،۴۳ است که با اتخاذ سیاست‌های تشویقی جدید، از سال ۲۰۰۴ روندی افزایشی داشته است. طبق قانون کمک‌هزینه فرزند به خانواده‌های با درآمد کم‌تر از ۹،۶ میلیون ین تا پایان دوره دبیرستان فرزندان به‌طور میانگین ده تا پانزده هزار ین یارانه تعلق می‌گیرد.

حمایت‌ها به خانواده‌های کم‌درآمد محدود نمی‌شود و به خانواده‌های با درآمد بالاتر هم ماهانه پنج هزار ین به ازای هر فرزند پرداخت می‌شود. همچنین زنان شاغل، هنگام بارداری و شیردهی تا چهارده ماه از مرخصی بهره‌مند می‌شوند که شش ماه آن با حقوق است.

به گفته کارشناسان اگر روال پیری جمعیت در این کشور ادامه داشت، سال ۳۰۱۱ دیگر در ژاپن کودک زیر ۱۵ سال وجود نمی‌داشت.



فرانسه: از پرداخت یارانه به نوزادان تا حمایت از خانواده

فرانسه نیز از سال ۲۰۱۱ تصمیم گرفت نرخ باروری را از ۲،۰۱ به ۲،۰۵ برساند، به این منظور سالیانه حدود چهار درصد از تولید ناخالص ملی (GDP) را در راستای حمایت از خانواده و فرزندآوری هزینه کرده است. برای تحقق این سیاست‌ها با تولد هر نوزاد، ۹۱۲ یورو به والدین او پرداخت می‌شود، پس‌از آن خانواده‌ها تا بیست‌سالگی هر فرزند ماهانه حدود ۱۶۰ یورو یارانه دریافت می‌کنند که این میزان برای اقشار کم‌درآمد ۸۱۲ یورو است و علاوه بر این دولت ۵۰ تا ۱۰۰ درصد هزینه مراقبت و آموزش خردسالان را تا ۵ سالگی برعهده دارد. به‌علاوه یارانه آموزش دبستان، یارانه مسکن و یارانه ترک شغل برای نگهداری از فرزند که ماهانه بالغ بر ۱۶۰۰ یورو است به خانواده‌ها پرداخت می‌شود و به هر کدام از پدر و مادرهای فرانسوی، در مدت بارداری و شیردهی مادر، به ازای هر فرزند سه سال مرخصی تعلق می‌گیرد که شش ماه آن برای مادران با دریافت کامل حقوق است.

بررسی افت و خیز طب سنتی در سیاست‌های وزارت بهداشت

طب سنتی، فرزند ناتنی وزارت

یادداشت

عباس محمدی

◆ طب سنتی از ایران تا یونان

طب سنتی ایران از حدود ده هزار سال پیش در زمینه‌های مختلف پیشگیری، درمان و جراحی در دنیا شناخته می‌شده است اما در یک مقطع تاریخی این دانش به یونان منتقل و حکمای یونانی همچون بقراط و جالینوس این طب را پرورش دادند. هم‌زمان با ظهور اسلام و تأیید و تأکید پیامبر اسلام (ص) و اهل بیت (ع) به احیای علوم به‌خصوص علوم فلسفه و طب، شاهد تلاش جدی دانشمندان مسلمان در ترجمه و انتقال این علوم به‌صورت پیشرفته و ادغام‌شده به قلمرو حکومت اسلامی بودیم.

◆ اولین مقابله غرب با پیشرفت شرقی

با تلاش حکمای مسلمان همچون ابن سینا، رازی و... این مکتب طب به‌طور گسترده‌ای تکمیل و در اقصی نقاط تمدن اسلامی منتشر شد. هم‌زمان با یکه‌تازی طب ایرانی در جهان، واکنش‌های منفی و متعصبانه به این مهم شدت بیش‌تری گرفت.

در این میان پاراسلسوس پزشک و شیمی دان آلمانی جزء اولین افرادی بود که به مقابله با سیطره علوم شرقی در دنیای غرب برخاست و در یک اقدام نمادین کتاب قانون ابن سینا را آتش زد. وی و پیروانش صحبت از یک مکتب طب دیگر بر مبنای اصول فلسفه غربی و شیمی می‌کردند.

◆ تهاجم طب غربی و منع طب سنتی در دوره قاجار

بعد از گذشت سال‌ها از این رویداد و تکمیل و پرورش مکتب طب نوین، این نوبت غربی‌ها بود تا مکتب طب خود را بر جهان اسلام سیطره دهند. در همین راستا تلاش‌هایی جهت ورود این مکتب طب از ممالک غربی به ایران شد که

در دوره صفوی به دلیل مخالفت حکومت و مردم عمده آن‌ها به ناکامی انجامید اما با ظهور قاجاریه در ایران این تلاش‌ها به اوج خود رسید.

کتاب «تاریخ طب در ایران» نوشته دکتر سیریل الگود پزشک سفارت انگلیس در بار قاجار، حقایق تلخی را پیرامون نحوه سرکوب شدن طب سنتی برای ما نمایان می‌کند. بر اساس این کتاب، استعمار اولین بار به‌وسیله مکتب طب خود وارد این مملکت شد و حذف طب سنتی، بنا به اعتراف نویسندگان و سایر مورخین و اطباء غربی، حرکتی خرنده بود که طی ده‌ها سال تلاش بر نامرئیزی بی‌وقفه حاصل شد، بدین صورت که ابتدا شاهان و شاهزادگان را متقاعد کردند، بعد راه آموزش طب سنتی را مسدود و در نهایت مردم را مجبور به روی آوردن به طب شیمیایی کردند.

سیریل الگود در کتاب خود می‌گوید: «مبارزه با طب سنتی از زمان شاه عباس صفوی که مقارن با ورود کمپانی هند شرقی به ایران بود، در دستور کار قرار گرفت، لیکن به علت مقاومت مردمی هیئت‌هایی که در زمان صفویه به ایران می‌آمدند توفیقی به دست نیاوردند.»

وی در ادامه فضای دوران قاجار را این‌گونه ترسیم می‌کند: «ویژگی مهم دوران قاجار، انتقال طب ابن سینا به طب هاروی و پاستور بود. هیئت‌های نمایندگی که در این زمان به ایران می‌آمدند، اغلب پزشک بودند و به این ترتیب طب غربی به‌ملایمت و آهستگی در خاستگاه طب سنتی نفوذ کرد.»

وی آنگاه وضع قانون منع طبابت سنتی در ایران را به‌عنوان آخرین میخ تابوت طب سنتی معرفی کرده و می‌گوید: «در سال ۱۹۱۱ میلادی وضع قانون طبابت بر اساس دیپلم و مدرک صورت گرفت که می‌گفت: هیچ‌کس در هیچ نقطه از ایران حق اشتغال به هیچ‌یک از فنون طبابت را ندارد، مگر اینکه از وزارت معارف اجازه‌نامه گرفته یا تصدیق‌نامه از ممالک خارجه داشته باشد.»



◆ انقلاب اسلامی و امیدواری به احیای طب سنتی اما...

بدین صورت با ممنوعیت فعالیت حکمای طب سنتی شاهد فراموشی این طب در جامعه شدیم و فعالیت حکما صرفاً زیرزمینی و پنهانی شد. با ظهور انقلاب اسلامی، امیدها برای احیای طب سنتی افزایش یافت اما اوایل چنان که باید در احیای این طب از سوی مسئولین تلاشی صورت نگرفت.

◆ علت‌های عدم احیا؛ از بی‌اطلاعی پزشکان مدرن تا ساختار درمان محور

همزمان با قدرتمند شدن و توسعه اختیارات وزارت بهداشت، با ترویج طب سنتی مخالفت شد چرا که مسئولین این نهاد همگی پزشک بوده و در نظام طب نوین رشد پیدا کرده بودند و عمدتاً اطلاعی از طب سنتی نداشتند. از سوی دیگر ساختار فعلی وزارت بهداشت و ماهیت طب نوین به مریض شدن مردم بیشتر علاقه دارد تا سلامتی آن‌ها. چرا که بقای این سیستم بر ارائه خدمات درمانی است و این مستلزم بیماری آن‌هاست نه سلامتی مردم. در صورتی که رسالت اصلی طب سنتی حفظ الصحة و پیشگیری از بیماری‌هاست.

◆ تأسیس دانشگاه طب سنتی و تعیین صلاحیت خبرگان در دولت نهم و

دهم

با این حال از حدود ۱۰ الی ۱۵ سال قبل تلاش‌هایی جهت احیای دوباره این علم در کشور آغاز شد. این تلاش‌ها که در ابتدا با سرکوب مواجه شد در ادامه با استقبال نسبی دولت قبل مواجه و دستوراتی در جهت نیل به این مهم ابلاغ شد. مصوبه تأسیس دانشگاه طب سنتی و رده‌بندی و تعیین صلاحیت خبرگان بدون مدرک طب سنتی از مصادیق آن است.

بر اساس این مصوبه، خبرگان بدون مدرک دانشگاهی می‌توانستند با نام‌نویسی در دانشگاه طب سنتی درجه و صلاحیت علمی خود را بسنجند و اگر به آموزش بیش‌تری نیاز داشتند به سهولت آن را ببینند. در نهایت با توجه به مهارت افراد به چند گروه شامل؛ خبرگان طب مکمل، خبرگان طب سنتی، حکیم، حکیم یار، خبیر، حکیم یار، طبیب یار، دارویار، خبیر، دارویار طبیعی، دارویار صناعی، عطار، خبیر و عشاب تقسیم می‌شوند که توضیح وظایف و معلومات آن‌ها در چهار چوب این نوشته نمی‌گنجد.

◆ لغو مصوبات در دولت یازدهم

اما در این میان با تغییر دولت و روی کار آمدن وزیر بهداشت فعلی هر دوی این مصوبات لغو شد. در این حال با ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت توسط مقام معظم رهبری و توجه ویژه ایشان به احیای طب سنتی، مسئولین مجبور به حفظ ساختار دانشکده‌های طب سنتی شدند اما مصوبه مربوط به خبرگان بدون مدرک طب سنتی را لغو کردند.

همچنین بر اساس ابلاغیه اسحاق جهانگیری معاون اول رئیس‌جمهور به دستگاه‌های اجرایی، مصوبه دولت نهم برای تأسیس دانشگاه طب سنتی ایرانی - اسلامی در کشور لغو شد.

این محدودیت‌ها در مهد طب سنتی در حالی است که فعالیت طبای این طب در خارج از مرزها به شدت مورد استقبال دول و مردم این کشور قرار گرفته است و خبرگان این حوزه بدون هیچ محدودیتی مشغول به فعالیت و آموزش این طب در کشورهای اروپایی می‌باشند. با اعمال سیاست‌های وزارت بهداشت انحرافات در طب سنتی به وجود آمده که شامل موارد زیر است:

◆ شیوه نامناسب تربیت پزشک طب سنتی

با توجه به گستردگی علم طب سنتی و ارتباط ذاتی آن با علوم همچون نجوم و فقه و اخلاق طبیعتاً زمان زیادی نیاز است تا یک طبیب کامل و حاذق پرورش یابد. این در حالی است که در دانشکده‌های طب سنتی ظرف ۴ سال از یک پزشک عمومی، یک پزشک متخصص طب سنتی تحویل می‌دهند. در ضمن برای ورود به این راه هم صرفاً باید پزشک بود و غیرپزشک حق تحصیل قانونی در طب سنتی را ندارد.

◆ درآمد محوری جای زیرمیزی

محصل این نظام تربیتی پزشکان متخصصی هستند که به اسم طب سنتی در نقاط شهر به تأسیس مطب همت می‌گمارند و ویزیت‌ها و پول‌های کلانی از مردم اخذ می‌کنند، در ست مثل هم کیشان زیرمیزی بگیرشان در طب نوین، در صورتی که در طب اصیل سنتی عنصر اخلاق یکی از ویژگی‌های ممتاز طبیب بوده و جناب جرجانی خود استاد اخلاق بوده است. در کتاب خلاصه الحکمه عقیلی خراسانی ۱۰ علم مقدمه ورود به طب سنتی دانسته که اخلاق جزء اولین علوم است. همچنین نحوه فعالیت حکمای طب سنتی به گونه‌ای بوده است که مریض را ویزیت کرده، دارو را به وی می‌دهند و به او می‌گویند اگر خوب شدی این قدر پول بیاور.

◆ سردرگمی مردم و بی‌انگیزگی حکمای طب سنتی

این وضع در ادامه موجب سردرگمی مردم، ناامیدی از طب سنتی و عزت حکما و کسانی می‌شود که سال‌ها عمر خود را در این حوزه صرف کرده‌اند و اکنون به جرم این که پزشک نیستند حق هیچ فعالیت‌ای را ندارند و حتی در صورت اعتراض یا پیگیری امر دچار مسائل حقوقی می‌شوند و همان مجوزهای نیم‌بندشان هم لغو می‌شود.

◆ تفکیک طب سنتی از ساختار آموزشی و خدماتی پزشکی نوین

در مورد مزایای طب سنتی سخن بسیار گفته شده است اما در مورد مسائل مربوط به کاربردی شدن آن در زندگی مردم اقدامات مناسبی صورت نگرفته است. ادغام طب سنتی در سیستم پزشکی نوین که در وزارت بهداشت وجود دارد نه تنها مشکلی را حل نکرده بلکه روزبه‌روز از اعتبار این طب کاسته و زمینه ورود افراد سودجو به این حرفه مقدس را فراهم کرده است به گونه‌ای که ارزان بودن این طب که ویژگی ذاتی آن است در بوتۀ فراموشی سپرده شده و مردم مجبورند برای یک ویزیت طب سنتی مبالغ کلانی را پرداخت کنند. با توجه به این که نمی‌توان طب سنتی را ذیل طب نوین تعریف کرد، پیشنهاد می‌شود مرکز مستقل با مدیریت و هیئت امنایی خبرگان طب سنتی تأسیس شده تا ضمن ساماندهی به فعالان طب سنتی به جهت آموزشی و خدماتی، شرایطی را فراهم کنند که افراد غیرپزشک هم بتوانند در این زمینه تحصیل بپردازند. نظارت بر این مرکز نیز بر عهده متولی نظام سلامت و همان وزارت بهداشت است. با این تفاوت که در این مدل وزارت بهداشت صرفاً نظارت می‌کند و کار طب سنتی به خبرگان این حوزه سپرده شده است. در پایان لازم به ذکر است که طبیب خادم طبیعت در جهت حفظ سلامتی مردم است و این تعریف با سیستم در مان محور طب نوین و نظام سلامت فعلی همخوانی ندارد. پررنگ تر شدن نقش حوزه‌های علمی که خاستگاه تاریخی و اصلی این مکتب طبی است، شاید بتواند به پرورش و کاربردی شدن آن در زندگی مردم کمک کند.

نقد

چراغ معاونت طب سنتی خاموش شد!

حریرچی سخنگوی وزارت بهداشت در فرودین ماه ۹۵ اعلام کرد که معاونت طب سنتی به دفتر طب سنتی تنزل پیدا کرده است، طبق استدلال مسئولین وزارت بهداشت براساس قانون خدمات کشوری، هیچ وزارتخانه‌ای مجاز نیست که معاونتی را به ساختارش بیفزاید و وزارتخانه‌ها برای تشکیل معاونت جدید تنها می‌توانند عناوین معاونت‌ها را تغییر دهند. ظاهر امصالح ایجاب می‌کرده که معاون اجتماعی در وزارت بهداشت ایجاد شود و به همین دلیل وزیر بهداشت معاونت طب سنتی را به معاونت اجتماعی تبدیل کرد و بر این اساس از این‌پس دفتر طب سنتی تحت عنوان اراده کل زیر نظر شخص وزیر به فعالیت خود ادامه می‌دهد.





طرح تحول؛ خطر از دست دادن فرصت

♦ توجه دولت به سلامت با طرح تحول

طرح تحول نظام سلامت به زعم کارشناسان، پشت درهای بسته و بدون اقناع نقش آفرینان مختلف این حوزه اجرا شد. البته مجموعه تصمیمات وزارت بهداشت در چند سال اخیر نشان دهنده این است که سیاست‌گذاری در این وزارتخانه از کانال تأمین منافع پزشکان متخصص می‌گذرد. این حقیقت بسیار سریع در گام سوم این طرح تجلی پیدا کرد به گونه‌ای که به صورت یک شبه تعرفه‌های پزشکان متخصص تا ۳ برابر افزایش یافت و به دنبال آن موجی از اعتراضات و توقعات را نه تنها در سایر اعضای کادر درمان همچون پرستاران بلکه در بین کارمندان سایر دستگاه‌ها به وجود آورد. از سوی دیگر سرازیر شدن حجم عظیم اعتبارات عمومی به بخش سلامت و اولویت دار شدن این عرصه در نظام تصمیم گیر کشور فرصتی است مغتنم برای مسئولین وزارت بهداشت تا با اتکای به آن بتوانند طرح‌های اساسی مغفول مانده این حوزه را به سرمنزل مقصود برسانند.

♦ پرهیز از سیاست‌های مقطعی

سیاست‌گذاری در وزارت بهداشت عمدتاً مقطعی و جهت حل یک معضل حوزه سلامت است. به طور مثال در ابتدای شروع به کار دولت یازدهم، مساله بالا بودن پرداخت از جیب مردم و افت کیفیت خدمات معضل آن دوره بوده است که برای حل آن طرح تحول سلامت کلید خورد. این در حالی است که کم‌تر شاهد سیاست‌گذاری‌های عمیق و بلندمدت برای افزایش کارایی نظام سلامت هستیم؛ و این شرایط منجر به این شده است که جهت حرکت کلی نظام سلامت جهت درستی نباشد.

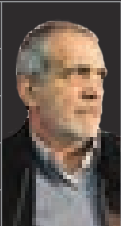
♦ پرداخت از جیب کم شد اما ...

گرچه در طرح تحول نظام سلامت پرداخت از جیب مردم در بیمارستان‌های دولتی به مقدار بسیار کمی رسیده اما نباید فراموش کرد که عمده پرداختی مردم در ازای دریافت خدمات در مراکز خصوصی و بخش سرپایی است که نه تنها دولت در این بخش ورود پیدا نکرده بلکه در گام سوم طرح تحول، تعرفه‌های بخش خصوصی بدون هیچ دلیل قانع‌کننده‌ای تا ۳۰۰ درصد افزایش یافت به طوری که بر مشکلات مردم در بخش خصوصی افزوده شد.

با این حال نحوه هزینه کرد منابع چالش جدی طرح تحول است، بر اساس گزارش‌ها تمایل به خدمات القایی در بیمارستان‌های دولتی از سوی ارائه‌دهنده و گیرنده خدمات افزایش چشم‌گیری داشته است که این موضوع لزوم بازنگری در نحوه هزینه اعتبارات عمومی را گوشزد می‌کند.

۶۲	۶۸	۸۱
بی عدالتی در تیم درمان در گفتگو با پرستاران پرستاران نیازمند پرستاری	جای خالی سیستم نظارت بالینی کیفیت خدمات بیمارستانی؛ شاخص توسعه یافتگی	شفافیت اطلاعات و خودکنترلی در نظام سلامت انتشار اطلاعات پرداخت به پزشکان

۵۰	بررسی طرح تحول در گفت‌وگو با دکتر پزشکیان
	وام ۲۴ درصدی برای تعرفه‌های بی منبع
۵۶	ریشه‌های شکل‌گیری طرح تحول در گفت‌وگو با دکتر قاضی زاده ماجرای از کجا شروع شد؟
۶۰	گام چهارم طرح تحول، آموزش پزشکی را متحول خواهد کرد؟ موانع آموزشی در قطب‌های آمایشی
۷۸	چالش‌های نظام بیمه در گفت‌وگو با معاون درمان سازمان تأمین اجتماعی طرح تحول را باید بیمه‌ها اجرامی کردند نه وزارت بهداشت

۵۰	۵۶	۶۰	۷۸
			

نگاه بازیگر سلامت به طرح تحول نظام سلامت

اگر در بررسی هر طرحی به ذینفعان و نقش آفرینان و بازیگران توجه نداشته باشیم، آن طرح با چالش‌های اساسی روبه‌رو خواهد شد. طرح تحول نیز بازیگر قابل توجه دارد که در ادامه به بررسی هریک می‌پردازیم.

بیمه‌های تکمیلی

بیمه‌های تکمیلی نسبتاً مخالف طرح به نظر می‌رسند، علت آن را نیز می‌توان بالا رفتن ضریب خسارتشان دانست. مهم‌ترین فایده‌هایی که از این طرح نصیب بیمه‌ها شده روشن شدن صورت‌های پرداختی و کاهش زیرمیزی است. بیمه‌ها موانعی را بر سر راه طرح تحول می‌دانند که ممکن است موفقیت طرح را با مشکل مواجه کند؛ موانعی از قبیل حق بیمه‌های حداقلی، عدم امکان افزایش تعرفه‌ها با وجود افزایش تعرفه‌ها، وجود رقابت ناسالم میان بیمه‌ها، عدم تمایل به سرمایه‌گذاری در درمان، روشن نبودن یا تعارض در کتاب تعرفه‌ها، یکسان شدن ارزش خدمات در تمامی بیمارستان‌ها و عدم ارائه ریز قیمت‌ها در بیمارستان‌های دولتی. هر چند از نگاه بیمه‌های تکمیلی فرصتی برایشان در این طرح فراهم نگشته است اما کاهش زیرمیزی نقطه مثبتی از نگاه آن‌ها تلقی می‌شود.

انجمن‌های علمی و نظام پزشکی

این دو ذینفع به‌ظاهر جدا از هم به نظر می‌رسند اما مواضع و منافع مشترک ایجاب می‌کند این دورا در کنار هم دید. هر چند این دو (حداقل نظام پزشکی) به‌ظاهر از طرح حمایت می‌کنند اما به نظر می‌رسد هر دوی آن‌ها با وجود افزایش قابل توجه درآمد پزشکان موضع مثبتی نسبت به طرح نداشته باشند، علت آن نیز محدود شدن پزشکان ذی‌نفوذ سیاسی و اقتصادی است. نقاط مثبت را می‌توان افزایش تعرفه‌ها دانست اما ایشان بیش از این که از خود طرح رضایت داشته باشند، از فضای فراهم شده برای اثرگذاری در عرصه سلامت خرسند هستند؛ بنابراین هر چند منافع این دو گروه مقداری صدمه دیده است و قدرت رهبری بالا دارند ولی با توجه به فضای فعلی موضع آن‌ها در ظاهر مثبت و همراهی است و عرصه را برای مقابله با این طرح مناسب نمی‌بیند.

۲

۱

بازرگانه

۵

خانه پرستار

خانه پرستار تشکیلی سیاسی است که در ذیل وزارت کشور به ثبت رسیده است و به‌منظور حمایت از قشر پرستار چند سالی به فعالیت می‌پردازد. این تشکل سیاسی از آغاز طرح تحول مورد بی‌مهری واقع شده است و آن‌ها نیز تا حد ممکن اثرات مستقیم و غیرمستقیمی بر طرح وارد کرده‌اند. هر چند وزارت بهداشت توانسته است سازمان نظام پرستاری را کنترل کند اما خانه پرستار همچنان به فعالیت عدالت خواهانه خود ادامه می‌دهد.

این تشکل سیاسی از نظر منابع، ضعیف ارزیابی می‌شود اما قابلیت رهبری و جهت‌دهی پرستاران و میل پرستاران به این تشکل بر قدرت آن‌ها افزوده است، بنابراین به‌طور حتم باید در طرح تحول به بازی گرفته می‌شدند. مهم‌ترین نقاط ضعف طرح تحول از نگاه خانه پرستار توجه کم به پرستاران در طرح نگاه تبعیض آمیز پرداخت‌های ناعادلانه و با تفاوت‌های بسیار زیاد میان پرستاران و پزشکان به بازی گرفته نشدن نظرات خانه پرستار در طرح هست. در نگاه آن‌ها طرح با شکست مواجه خواهد شد و به‌واقع منتهای افزایش کمی در دریافتی پرستاران افزوده‌ای برای آن‌ها نداشته است. نگاه‌های خودمحورانه و حذف صدای مخالف از رسانه‌ها از تهدیدهایی است که خانه پرستار اعلام می‌دارد پزشک سالاری، عدم شفافیت، برخورد با مخالفان از جمله تهدیدات دیگری است که از جانب ایشان مطرح می‌شود.

۶

بیمارستان‌های خصوصی درجه یک

منابع این بیمارستان‌ها نسبتاً زیاد ارزیابی می‌شود و با توجه به این که از قدرت رهبری نیز در نظام سلامت برخوردارند باید به‌طور حتم نقش آن دیده شود اما به نظر می‌رسد موضع بیمارستان‌های خصوصی درجه یک نسبت به این طرح بی‌طرفی است؛ بنابراین هر چند از قدرت بالایی برخوردارند اما می‌توان نسبت به موانعی که ممکن است از جانب ایشان ایجاد شود آسوده بود زیرا که به نظر می‌رسد آن چنان که باید این ذینفعان در طرح دخیل نشده‌اند.

این بازیگران خود را متحمل ضررهایی مانند کاهش سهم بیمارستان‌ها از دریافتی‌ها و کاهش درآمد هتلینگ می‌دانند اما بیان می‌دارند که به‌طور کلی منافعی که از این طرح گره نخورده است. آن‌ها مهم‌ترین موانع طرح را عدم همکاری بیمه‌های تکمیلی، عدم پاسخگویی وزارت بهداشت، اجرای کتاب تعرفه‌ها (کاهش درصد دریافتی بیمارستان‌ها)، عدم وجود نظام ارزیابی دقیق و لحاظ نشدن بیمارستان‌های خصوصی در طرح و فرصت این طرح را اولویت سلامت در کشور می‌دانند. با وجود اینکه بیمارستان‌های خصوصی ابرازی می‌دارند رضایت مردم از این طرح افزایش یافته است اما نگاهشان در به ثمر رسیدن طرح مثبت نبوده و راهی را که طرح طی می‌کند بیراهه می‌دانند.

کمیسیون بهداشت و درمان

مواضع کمیسیون بهداشت و درمان را می‌توان با توجه به اعضای مختلف کمیسیون، مختلف ارزیابی کرد. برخی از آن‌ها عدم وجود نگاه کارشناسی در طرح و عدم توجه کافی به مناطق محروم را از نقاط ضعف طرح می‌دانند، آن‌ها پزشک خانواده و نظام ارجاع را مناسب‌ترین راه برای تحول در نظام سلامت می‌دانند؛ اما عده‌ای دیگر طرح را با وجود تأیید کردن برخی نواقص مثبت و رو به جلو ارزیابی کرده و مهم‌ترین دلیل آن‌ها نیز افزایش سرانه نظام سلامت است. هر چند مجلسی‌ها از قدرت سیاسی خوبی برخوردارند اما تشمت درونی و دست برتر وزارت بهداشت آن‌ها را از اقدامی در حوزه بازداشته است. مهم‌ترین نقاط ضعف این طرح از دید مجلسی‌ها عدم عمل به قانون، نبودن الگوریتم‌های درمانی (راهنماهای بالینی) عدم توجه به غربالگری توجه کم به بهداشت، فراهم نبودن زیرساخت‌ها، توجه کم به فرهنگ‌سازی و... عنوان کرد. از مجموع نقاط ضعف و تهدیدی که از جانب نمایندگان مطرح گردید نمی‌توان آن‌ها را مخالف طرح قلمداد کرد بلکه می‌توان کمیسیون بهداشت و درمان را در موضع موافق طرح تحول قرار داد.

۳

دانشگاه‌های علوم پزشکی

آگاهی بالایی دارد زیرا که پیاده کننده تمامی یا اکثر بندهای طرح تحول است. شاید این آگاهی و مواجهه مستقیم موضع آن‌ها را تقریباً موافق کرده است. آگاهی از نواقص طرح و مشکلات موجود مانند تعجیل در تدوین و اجرای طرح، اشکالات موجود در طرح، نارضایتی‌های پرسنل، توجیه نشدن مدیران دانشگاه‌ها، پایدار نبودن منابع، قید ناپذیری پزشکان، تقاضای القایی و کمبود تخت از جمله موانع این طرح است که از فرصت همراهی صدرصدی دانشگاه‌ها می‌کاهد اما افزایش تعرفه‌ها و به عبارت دیگر حقوق پزشکان، بهبود هتلینگ بیمارستانی و توجه بیشتر به درمان را می‌توان نقاط مثبت این طرح دانست. رسیدن این طرح به اهداف را امکان‌پذیر می‌دانند. اما پیامدهای مثبت و منفی این طرح تا به امروز کفه ترازو را به سمت طرح به‌طور کامل سنگین نکرده است. موارد منفی: از جمله افزایش تضاد میان کارکنان و اعتصاب‌های بیمارستانی، قدرت بالای دانشگاه چه در منابعی که در اختیار آن‌هاست و بسیج آن منابع و چه در رهبری سایر ذینفعان می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در موفقیت یا شکست طرح تحول داشته باشد.

۴

پرونده دوم
■ طرح تحول
نظام سلامت

سلامت

منبع: مجله رمز عبور

۷

وزارت بهداشت

این ذینفع را می‌توان اصلی‌ترین ذینفع و بازیگر طرح تحول و نظام سلامت دانست. ذینفعی که هم از منابع بالایی برخوردار است و هم قدرت رهبری بالایی در اختیار دارد. با توجه به این که طراح و اجراکننده این طرح وزارت بهداشت است آگاهی آن‌ها را می‌توان نسبت به طرح زیاد ارزیابی کرد، از دید وزارت بهداشت اصلی‌ترین تهدیدهای طرح تحول منافع شکل گرفته در بخش خصوصی درآمد‌های نجومی برخی ذینفعان، پایدار نبودن منابع (در بلندمدت) و قید ناپذیری پزشکان است، هر چند ارزیابی این وزارتخانه از امکان موفقیت طرح بسیار بالا است. وزارت بهداشت با همراهی رسانه‌ای و جلب همکاری سایر دستگاه‌های دولتی بیشترین قدرت را برای اجرای این طرح دارد، با این حال این قدرت می‌تواند سبب یکجانبه گرایی و عدم توجه به سایر بازیگران شود.

۸

پزشکان هیئت علمی (بدنه جامعه پزشکی)

عدم وجود سازمان دهی مشخص و همچنین نداشتن قدرت رهبری میان این گروه، قدرت اثرگذاری زیاد را از آن‌ها گرفته است. این گروه مهم‌ترین فایده این طرح را افزایش تعرفه‌ها و مهم‌ترین ضرر را تأخیر در پرداخت‌ها می‌دانند. موانع این طرح دیده نشدن آموزش، وابسته بودن درآمد سایر اقشار به پزشک، عدم کفایت افزایش تعرفه‌ها، نامتعادل بودن درصد دریافتی پزشک، کم بودن سرانه سلامت، ضعف‌های مدیریتی، مشکلات بیمه‌ای، عدم نظارت قوی، عدم اصلاح طرح، دید منفی نسبت به طرح‌های مشابه، تفاوت‌ها در اجرای طرح و نداشتن نقش اصلی در تأمین مالی از جانب وزارت بهداشت است و در منظر آن‌ها فرصت‌های این طرح اهمیت دادن به جایگاه نیروی انسانی، تدوین خوب طرح و اهداف مناسب است. پیامدهای این طرح از نگاه اعضای هیئت علمی عدم امکان کاهش هزینه‌ها در آینده، به حاشیه کشیده شدن آموزش، بی‌عدالتی میان کادر غیر بالینی در مقایسه با بالینی، بی‌عدالتی بین قشرهای مختلف و افزایش نارضایتی بیان می‌شود. در نهایت باید اشاره کرد که در کل احتمال موفقیت این طرح را کم می‌دانند.

۹

تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی را می‌توان به سبب هزینه‌های زیادی که بر او تحمیل شده است، مخالف طرح ارزیابی کرد. تأمین اجتماعی از منابع بالقوه و بالفعل زیادی برخوردار است اما قدرت هدایت آن ضعیف به نظر می‌رسد و با توجه به وضعیت فعلی حاکم بر نظام سلامت، جرأت بیان مخالف با طرح را ندارد. هر چند فشار بسیار زیادی که بر نهادهای بیمه گر وارد آمده سبب شده است که به ناچار لب به اعتراض بکشایند و در مقابل وزارت بهداشت قرار بگیرند ولی همچنان سعی در همراهی دارند. در نهایت نگاه تأمین اجتماعی در به ثمر رسیدن این طرح منفی است و بیان می‌دارند که با توجه به افزایش تعرفه‌ها طرح از دست‌رفته است و دولت باید اقدام به تأمین منابع مالی بیمه‌ها بکند.



بررسی طرح تحول در گفت‌وگو با دکتر پزشکیان

وام ۲۴ درصدی برای تعرفه‌های بی‌منبع

بودجه طرح تحول برای اقشار آسیب‌پذیر بود نه همه افراد

گفت‌وگو

حمیده بردباری

طرح تحول به‌عنوان بزرگ‌ترین طرح نه‌تنها وزارت بهداشت، بلکه دولت شناخته می‌شود، چرا که بودجه قابل توجهی نسبت به سایر حوزه‌ها به آن تخصیص داده شده است، با این حال طی نزدیک به یک سال و نیم عمر این طرح مخالفت‌های زیادی به وجود آمده است، با این حال طرح تحول نکات مثبت نیز دارد، با این نگاه سراغ یکی از نمایندگان حامی دولت یعنی مسعود پزشکیان، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی رفتیم ولی در این گفت‌وگو پزشکیان برخلاف انتظار انتقادات شدیدی نسبت به طرح تحول نظام سلامت مطرح کرد و با بیان این که علیرغم توجه دولت و اختصاص بی‌سابقه بودجه به نظام سلامت، اما این طرح می‌تواند پاشنه آشیل دولت برای عدم موفقیت باشد، حتی تأثیر سوء آن بدتر از مسکن مهر و پرداخت یارانه‌ها خواهد بود، چرا که از طرفی برای مردم و سلامتشان توقع ایجاد کرده‌اند و از طرف دیگر بودجه‌ای برای ادامه مسیر فعلی ندارند، حتی به اعتقاد پزشکیان موضوع ساخت بیمارستان‌های خصوصی و تأمین سود آن‌ها، کاری خطرناک است که باعث می‌شود بیماران به خاطر هزینه‌های زیاد بمیرند، چرا که وقتی دولت توانایی این کار را ندارد، بخش خصوصی پولش را از مردم می‌گیرد.

آیا طرح تحول سلامت دولت یازدهم را به معنای یک تحول واقعی در نظام سلامت می‌دانید؟

تحول یعنی حرکت در جهت بهبود روندهای موجود ولی وزارت بهداشت به اسم طرح تحول پرداخت از جیب مردم در بیمارستان‌های دولتی را کاهش داد اما اشکال اصلی خلاف قانون بودن نحوه اجرای طرح است. مسئولین وزارت بهداشت باید در حدود قانون و سیاست‌های کلی مقام معظم رهبری عمل می‌کردند یعنی باید این طرح از پیشگیری شروع می‌شد نه درمان. دومین اشکال این است که کاری که انجام دادند برای آن منابعی دیده نشده بود، پول‌هایی که در این مسیر هزینه کردند، چه یک درصد ارزش افزوده و چه ده درصد از هدفمندسازی یارانه‌ها، مسیرشان در قانون مشخص بود اما آن‌ها در جایی هزینه کردند که نباید می‌شد، تعرفه‌ها را افزایش دادند و برای تعرفه‌های منبعی ندیدند، آنچه را هم که داشتند، کمتر از هزینه بود لذا الان بیمه‌ها هشت ماه است که نتوانستند پول پرداخت کنند و اواخر سال گذشته از بانک رفاه وام ۲۴ درصدی گرفتند تا کمی از بدهی‌های خود را پرداخت کنند. این روند در آینده، دولت و سیستم بهداشت و درمان را با کسری بودجه بیشتری مواجه خواهد کرد. مشکل دیگر این است که با این مدل اجرایی عدالتی در پرداخت‌ها ایجاد کردند، وزارت بهداشت طبق قانون باید بر اساس سطح‌بندی، ارجاع و خرید راهبردی عمل کند اما متأسفانه هیچ کدام را عمل نکردند و الان روز به روز این چالش‌ها بر ایشان هزینه‌بر خواهد شد و دولت نمی‌تواند ادامه دهد.

هرچند پرداخت از جیب مردم کاهش پیدا کرد، اما سؤال این است که آیا این منابع پایدار خواهند بود؟

همان‌طور که گفتیم منابعی برای افزایش تعرفه‌ها ندیده بودند و ده میلیون نفر افراد جامعه را بدون تعریف سرانه بیمه کردند و تعرفه‌ها را افزایش دادند اما سؤال این است هزینه‌های افزایش این تعرفه‌ها کجا تعریف شده است، وقتی تعرفه‌ها را افزایش دادند پرداخت از جیب مردم کاهش پیدا کرد. این موضوع هم در بیمارستان قابل توجه است، در حالی که در بیماران سرپایی این فرانشیز بیشتر به چشم می‌خورد، پرداخت از جیب مردم در درمان سرپایی بیشتر ملموس است.

این روند در درازمدت مشکلات بیشتری برای دولت ایجاد خواهد کرد. یک درصد ارزش افزوده برای جبران بی عدالتی در فضا، تجهیزات، نیروی انسانی و پر کردن شکاف در بین شهرهای زیر ۲۰ هزار و ۲۵ هزار نفر و روستاها بود و ده درصد خالص هدفمندی هم برای کسانی بود که بستری در بیمارستان پرداخت آن‌ها را زیر خط فقر می برد، قرار نبود این پول ها برای همه افراد هزینه شود.

آیا این کاهش پرداخت از جیب در بلندمدت موجب تقاضای درمان القایی می شود؟

این موضوع الان هم اتفاق افتاده و بروز پیدا کرده است اما در درازمدت دولت پولی ندارد که این پرداخت ها را انجام دهد و گیر خواهد کرد.

این گام چه تأثیری بر دسترسی بیماران بر تجهیزات پزشکی در بیمارستان ها داشت؟

روند موجود همچون مسکن است، به هر حال یک آرامش در سیستم ایجاد شده و این روند بار مشکلات مردم در بیمارستان ها را کم کرده است، چون پول زیادی در سیستم تزیق شده، حتماً تأثیر داشته است ولی در درازمدت غیرممکن است بتوانند به این شکل ادامه بدهند.

یکی از اهداف این گام، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم بوده است. آیا این هدف محقق شده است؟ خیر، وقتی در شهرهای بزرگ درآمد پزشکان در برخی از رشته ها بالای ۱۰۰ و ۱۵۰ میلیون تومان است و در بخش های خصوصی خیلی بیشتر از این مبلغ درآمد کسب می کنند، امکان ندارد شما در یک شهر کوچک حتی با پرداخت ۱۰ و ۲۰ میلیون هم بتوانی پزشک را ماندگار کنی. این پرداخت ها به طور موقت رضایت مندی ایجاد می کند اما در درازمدت به خاطر عدم تطابق درآمدها بین شهرهای کوچک و شهرهای بزرگ کسی راضی نیست با این درآمد در شهرهای کوچک بماند. وقتی من می توانم درآمد بیشتری را در یک شهر بزرگ تر به دست بیاورم، با چه توجیهی باید در یک شهر محروم بمانم و با درآمد پایین تر زندگی کنم؟

اقدامات گام دوم طرح تحول سلامت را در حوزه پیشگیری و بهداشت چگونه ارزیابی می کنید؟

همان مکانیسمی که ایجاد کردند و اختلاف درآمدهایی که در سیستم درمان به وجود آمده است، در حوزه آموزش و پیشگیری هم وجود دارد، درآمدها در این دو بخش قابل مقایسه نیست. با این وضعیت اگر هم بر بهداشت و پیشگیری تمرکز کنند، نیرو و انگیزه پیدا نمی شود و در نتیجه کاری که برای بهداشت می خواهند انجام دهند، ماندگار نخواهد بود. تجربه ها و تحقیقات در دنیا ثابت می کند که هر جا درآمد بیشتر است، انگیزه و نیرو و حرکت جریان ها به آن سمت است و آدم ها جایی می روند که درآمد بیشتری کسب کنند. در نتیجه اگر این ها بخواهند سیستم بهداشتی را با این روش ادامه دهند، انگیزه ای برای ماندگاری پزشکان چه در بخش بهداشت و چه در مناطق محروم وجود نخواهد داشت یا خیلی کم خواهد بود. در حال حاضر کادر پزشکی تمایل دارند از بهداشت به بخش های در مان انتقال یابند چون علیرغم اینکه کار سنگین تر است ولی پول بیشتری دارد.

در بهداشت بیشترین فعالیت تا به امروز تمرکز بر موضوع در مان بوده است و هزینه به شدت در سطح سه و چهار صورت گرفته است و من کار مشخصی در پیشگیری ندیدم، بچه های بهداشت فعالیت های گذشته را با انگیزه کمتری انجام می دهند. اگر قرار بود بر موضوعات پیشگیری تأکید کنند در رسانه ها برجسته می کردند، آیا چنین چیزی دیدید؟ لذا در عمل چنین چیزی اتفاق نیفتاده است.

گام سوم طرح تحول سلامت چه نتایجی را به دنبال داشت؟

کاری که این ها کردند کل سیستم را به هم زد و از واقعیت دورشان کرد، تجربه کشور های اروپایی، امریکا و تمام کشور های پیشرفته نشان می دهد فاصله درآمد بین پزشکان نمی تواند بیش از دو یا سه برابر باشد. نمی توانید ببینید که پزشک داخلی یا جراح درآمدها نسبت به پزشک کودکان چندین برابر باشد. ولی الان در مکانیسمی که ما ایجاد کردیم، فاصله های درآمد ۱۰۰ برابری وجود دارد و این غیر قابل قبول و غیر قابل ماندگار هست. این کار

انجام شده اگر واقعی است، برای همه باید واقعی باشد، نه اینکه یک گروهی بتوانند درآمد مثلاً ۱۰۰ و ۲۰۰ میلیونی داشته باشند و بعد بگویند ما سقف می گذاریم. در دنیا اگر یک پزشک مثلاً در سال ۱۰۰ هزار دلار درآمد داشته باشد، پرستار ۶۰ هزار دلار درآمد دارد اما در جامعه ما یک پزشک می تواند درآمد ۱۰۰ میلیونی و پرستار شش میلیون تومان داشته باشد، بین این ارقام فاصله قابل توجهی است، حتی این شکاف در خارج از سیستم دولتی وحشتناک تر است. این تعرفه هایی که می گویند واقعی است، برای چه کسی واقعی است؟ بقیه گروه ها و دسته ها نباید درآمد واقعی داشته باشند؟ این شکاف قابل قبول نیست.

آیا با افزایش تعرفه ها توانستند جلوی زیرمیزی را بگیرند؟

نه تا زمانی که بی عدالتی وجود دارد شما نمی توانید جلوی زیرمیزی و رومیزی را بگیرید. این عدالت است که آن ها را به سمت نظم می برد. هم اکنون در بازار آزاد یک پزشک به راحتی می تواند تا ۵۰۰ میلیون تومان درآمد داشته باشند. فرد دیگری در جای دیگر ۵ میلیون درآمد دارد، بین ۵۰۰ و ۵ میلیون تومان فاصله بسیاری است، در حقیقت آن ها خلاف را تبدیل به قانون کردند اما روال این است که جلوی کار خلاف را بگیرند، برای زیرمیزی پول تزیق کردند تا زیرمیزی از بین برود چون نتوانستند با چهار چوب و نظم و قانون این کار ها را انجام دهند.

جدای از مباحث مالی، آیا افزایش تعرفه ها موجب بهبود ارائه کیفیت خدمات در بخش دولتی شد؟

به خاطر نارضایتی در بقیه کادر ها شاید بدتر هم شده باشد، چون نارضایتی در گروه دیگری از پرسنل ایجاد کرده است. شما اگر وارد بیمارستان ها شوید از کادر نظر سنجی معمولی و ساده بکنید، می بینید که نارضایتی در پرسنل افزایش پیدا کرده است نه کاهش، وقتی ارائه دهندگان خدمات نارضی باشند، شما نمی توانید بگویید کیفیت خدمات افزایش داشته است.

افزایش تعرفه های بخش خصوصی و ایجاد شکاف عمیق تر میان بخش خصوصی و دولتی چه نتیجه ای داشته است؟

مکانیسم پرداخت و شکاف در درآمد باعث بی نظمی خواهد شد نه نظم. این نظمی که این ها ادعا می کنند که ایجاد کرده ایم ممکن است مدتی با فشار، نظارت و تهدید کار کنند ولی در درازمدت ماندگار نیست، باید عدالت ایجاد کرد تا نظم به وجود بیاید. اگر در این سیستم بخواهند همه قیمت ها را بالا ببرند، دعوی بعدی بین کادری وزارت بهداشت و آموزش و پرورش و وزارت علوم است. نمی شود یک هیئت علمی درآمدها صدمیلیونی داشته باشد و یک هیئت علمی در سازمانی دیگر با همان سطح مهارت اما در رشته دیگر بیشتر از ۵ میلیون تومان درآمد نداشته باشد، این بی عدالتی کل سیستم و نظام را به هم می زند. شما نمی توانید برای مثال در بهزیستی به پزشک یک حقوقی بدهی و به همان پزشک در سیستم بهداشت و در مان چندین برابر پیردازی. این رفتار ها بی ثباتی در ساختار اداری کشور ایجاد می کند و کل ساختار اداری کشور با چالش های پیچیده ای در آینده نه چندان دور مواجه می کند، دانش آموزان وقتی انتخاب رشته می خواهند بکنند دیگر به سمت رشته مکانیک و فیزیک نخواهند رفت چرا که با ورود به بهداشت و درمان راحت می توانند ۱۰۰ تا ۵۰۰ میلیون تومان درآمد داشته باشد.

مشکلات آموزش پزشکی کشور را در چه مواردی می دانید؟

در سیستم موجود اگر بخواهید یک لام آزمایشگاهی را به یک دانشجو آموزش بدهید، پولی داده نمی شود، در صورتی که آموزش دادن آن حداقل یک تا دو ساعت زمان خواهد برد، به جای آن چند ساعت آموزش، اگر لام را نگاه کنی و بگویی نتیجه را برایت بنویسند، برای هر لام ۲۰ هزار تومان پول خواهند گرفت، یعنی می توانی در یک ساعت چندین لام ببینی، با این وضعیت چه کسی انگیزه پیدا می کند که لام را آموزش دهد؟ و واقعیت این است که برای کسی که درس بدهد و آموزش دهند یک حقوق می دهند و برای کسی که درس ندهد و کار دیگری کند علاوه بر حقوق یک پول دیگری هم می دهند. وقتی همه چیز با پول مقایسه شد، معلم و استاد همه به سمت پول می روند، اینکه می گویند فلان

پرونده دوم

طرح تحول نظام سلامت



نمی شود یک

هیئت علمی درآمد

صدمیلیونی

داشته باشد و یک

هیئت علمی در

سازمانی دیگر

با همان سطح

مهارت اما در

رشته دیگر بیشتر

از ۵ میلیون تومان

درآمد نداشته

باشد، این

بی عدالتی کل

سیستم و نظام را

به هم می زند. شما

نمی توانید برای

مثال در بهزیستی

به پزشک یک

حقوقی بدهی و به

همان پزشک در

سیستم بهداشت

و درمان چندین

برابر پردازی

رشته تاپ است برای پول است نه برای خدمت، در نتیجه هر جا پول باشد، گرایش، رشد و توسعه آنجا است. این حاکمیت است که باید پول را طوری تقسیم کنند که انسان‌هایی که به دنبال خلق ارزش هستند و دنبال خدمت هستند، مجبور نشوند بر وند جایی که از خدمت خود را دور کنند.

اقدامات وزارت بهداشت در بهبود دسترسی به اقلام دارویی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

برای اینکه در دسترسی بهبود ایجاد شود، وزارت بهداشت کارهای خوبی کرد اما کارهای بدی هم کرد. روند قضیه این بود که ما طرح ژنریک و سطح‌بندی را باید در تمام سطوح دارو، در مان و آموزش اعمال می‌کردیم. رهبر معظم انقلاب در سیاست‌های کلی فرمودند که پرداخت صرفاً در چهار چوب سطح‌بندی و در دارو بر اساس ژنریک باید باشد ولی وزارت بهداشت بازار را بر این اساس درست نکرد، لذا به مرور هزینه‌هایشان افزایش خواهد داشت ولی طبیعتاً به خاطر کنترل‌هایی که داشتند، دسترسی افزایش دادند. از طرف دیگر با رفع تحریم‌ها یک گشایشی هم از این طریق ایجاد شده است، نه اینکه صرفاً خدمات وزارت بهداشت بود. در کل صنایع و تولیدات ما، به خاطر واردات بی‌رویه به مرور ضرر ده خواهند شد و ما باید کاری کنیم که تولیدات و صنایع ما رونق پیدا کند و واردات ما کاهش پیدا کند. مسیر موجود به سمت واردات است تا تولید، به ظاهر این مسئله را رد می‌کنند اما آنچه از روند موجود می‌توان نتیجه گرفت، همین است.

به نظر شما چه اقداماتی در حال حاضر باید در نظام سلامت انجام شود که تاکنون انجام نشده است؟

باید قانون را اجرا می‌کردند، آنچه در قانون آمده است شفاف، روشن و علمی است از جمله سطح‌بندی، ارجاع، پزشک خانواده، پرداخت بر اساس عملکرد، خریدار اهریدی، مدیریت نیروی انسانی، ساختار بر نامه، مکانیسم جمع منابع، تخصیص منابع و پرداخت منابع. در قانون تعریف شده است ولی آن‌ها برای خودشان چیزی درست کردند که دولت و آینده خودشان را با مشکل مواجه خواهد کرد، ظاهراً مسکنی است که زده شده و همه خوشحال هستند ولی به نظر من مسکنی است که زده شده و بعد تبعات خواهد داشت و در آینده نه چندان دور با مشکلات پیچیده‌تری مواجه خواهند شد.

علت غفلت از توسعه و ترویج طب سنتی چه بوده است؟

هدف از طب سنتی این نیست که هزینه‌ها را بالا ببریم بلکه هدف کاهش هزینه‌ها است. روشی که در بحث طب سنتی راه انداخته‌اند، بار دیگری بر دوش سیستم بهداشت و درمان خواهد داشت. هزینه‌ها را افزایش می‌دهد، ما باید کاری کنیم که مثل گذشته برخی خدمات بدون نیاز به پزشک و دارو خانه انجام شود، نه اینکه یک پزشک و دارو خانه جدایی درست کنیم و هزینه هم پرداخت کنیم.

علت عدم اجرا و راه‌اندازی پرونده الکترونیک سلامت تاکنون چه بوده است؟

پرونده الکترونیک جزو برنامه‌های سطح‌بندی، ارجاع و... است و اگر ساختار را درست نکنیم، پرونده الکترونیک هم اگر داشته باشیم باز مشکل حل نخواهد شد.

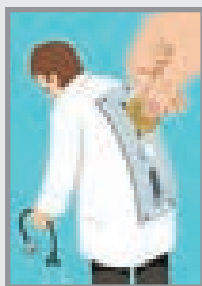
آیا افزایش بودجه وزارت بهداشت در دولت جدید را در برطرف کردن مشکلات نظام سلامت مؤثر می‌دانید؟

این دولت سوای همه دولت‌ها انصافاً اعتبار خوبی برای بهداشت و درمان تخصیص داد، از این قضیه نباید گذشت که دولت آقای روحانی سرانه سلامت را از ۵ به ۷ درصد رساند، یعنی در حقیقت کار بزرگی انجام شده است اما در اجرا به گونه‌ای این‌ها هزینه می‌شود که برای همین دولت هم مناسب نیست. این افزایش بودجه و نگاه دولت می‌توانست نکته مثبت و پاشنه آشیل موفقیت دولت باشد ولی با نوع مدیریت و هزینه‌کردی که انجام دادند، مشکل بزرگی پیش روی دولت خواهد آمد و برای دولت معضلات پیچیده‌ای به وجود خواهد آورد. ترس این است که دولت نتواند از زیر بار این کار در بیاید و بدتر از آن جریانی شود که مسکن مهر یا هدفمندی یارانه‌ها به وجود آورند، مسکن مهر مقطعی است یا یارانه‌ها ۴۰ هزار تومان پول دادند سال به سال تورم افزایش پیدا می‌کند و بعد از یک مدتی این پول بی‌ارزش می‌شود یعنی زمانی ۴۰ هزار میلیارد در رقم بزرگی بین ۱۰۰ تا ۱۱۰ هزار میلیارد تومان بود اما الان پول دولت شده ۳۰۰ هزار میلیارد تومان و همان رقم پایین آمده و به ۳۵ هزار میلیارد رسیده است و روز به روز بودجه دولت کاهش پیدا می‌کند، حالاً شما این را مقایسه کنید با وزن هزینه‌های درمان در بودجه دولت که باید روز به روز افزایش پیدا کند تا بتواند به ادعایشان جواب دهد، البته نخواهند توانست. هر چقدر دولت بودجه خود را افزایش دهد مجبور است سهم بهداشت و درمان را به خاطر تورم و توقعات موجود افزایش دهد.

دولت هر چه سریع‌تر، باید در نحوه اجرای طرح تحول سلامت به قانون برگردد و در چهار چوب قانون سعی کند راه را ادامه دهد. از شکاف‌های عمیق درآمدی که به وجود آورده، به طرف پرداخت خریدار اهریدی برگردد. خریدار اهریدی خریدی است که خدمات را از گروهی بر اساس جمعیت تعریف شده خریداری می‌کند، در این صورت دیگر یک پزشک برای یک جراحی معمولی درآمد معقولی داشته باشد و باید این موضوع را در تمام سطوح پرسنلی هماهنگ کند با یک فاصله پنج، شش و هفت بر ابری نه فاصله سی، چهل و پنجاه بر ابری. در قانون کاملاً این مسائل در نظر گرفته شده است و ضروری است به جای اینکه سرمایه و هزینه خود را در سطح سوم هزینه کند بر پیشگیری تأکید کند و بر برنامه‌ها و ارجاع، گاید لاین بگذارد و برای برنامه‌ها صف تعریف کند و نوبت بگذارد.

این کارهایی که شروع شده است و می‌گویند بیمارستان‌های خصوصی درست کنید و ما سود شما را تعیین می‌کنیم. معنی این حرف خطرناک است و اگر روزی خصوصی را خرید خدمت کنند و پول به خصوصی ندادند، طبیعی است مریض را نخواهد دید و از مردم باید پول بگیرد. در این صورت پولدارها از خدمات استفاده خواهند کرد و باز بی‌پول‌ها سرشان بی‌کلاه خواهد ماند، در صورتی که هدف ما از اختصاص یک درصد ارزش افزوده و ده درصد هدفمندی یارانه‌ها پوشش اقشار آسیب‌پذیر و از بین بردن شکاف بود. در اینجا یک شکاف عمیقی به وجود خواهد آمد و دولت قادر نخواهد بود هزینه‌های مورد نیاز را تأمین کند و از یک طرف توقع ایجاد کرده است و از طرف دیگر قالب پرداخت وجود دارد. افراد بیکار، فقیر، بی‌پول و در حاشیه زیر این چرخ له خواهند شد. می‌گویند دولت خرید کند، در صورتی که دولت پولی برای این خرید ندارد، برای همین الان سیستم مجبور است خودش خدمات ارائه کند اما فردا در بخش خصوصی به کاری که پول ندهند، خدمت نمی‌دهد و مریض هم می‌میرد.

نمای نزدیک



بیمه تکمیلی یعنی زیرمیزی

متأسفانه بیمه تکمیلی به زبان عامیانه همان رومیزی و زیرمیزی است و باید تمام بیمه‌ها در یک بسته و یکپیک مشخص یکسان‌سازی شوند. مسئولان امر باید صندوق‌های بیمه‌رایکی کنند، منابع را نیز درست ببینند تا همه مردم بیمه شوند. امروز چرا بیمه باید به ۱۰ برابر قیمت خرید کند، این کار تشویق متخلفان است بنابراین بودجه را باید طبق قانون تعیین کنند و بر طبق برنامه نیز قانون‌نویسی کنند و کسی حق ندارد عنوان کند که به قانون عمل نمی‌کند. تعدد صندوق‌های بیمه‌ای جای انتقاد و گله دارد، وزارت بهداشت مسئول برخورد با این قبیل صندوق‌ها است، وزارت بهداشت طبق قانون موظف است به بیمه‌ها تذکر بدهد و اساساً حق ندارند که صندوق‌های بیمه‌ای بزنند. سازمان بازرسی کل کشور و دیوان محاسبات، باید یقه این صندوق‌های بیمه‌ای را بگیرند.

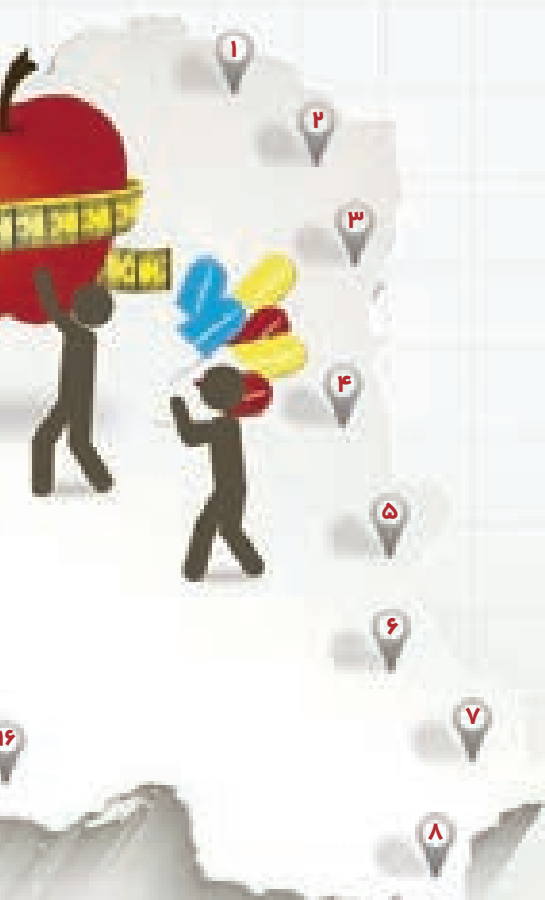
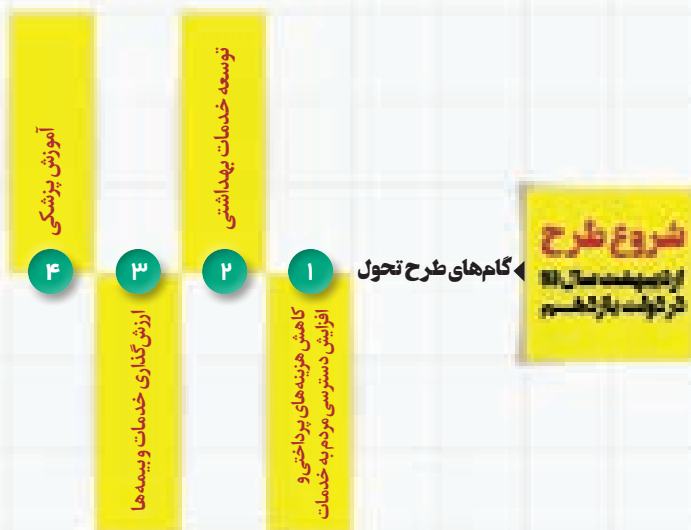
تطبیق سیاست‌های کلی سلامت و طرح تحول

سیاست‌های کلی نظام سلامت	طرح تحول سلامت
بند ۱	ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توان بخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی-اسلامی
بند ۱-۲	اولویت پیشگیری بر درمان
بند ۲-۳	روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی
بند ۲-۵	ارتقای شاخص‌های سلامت
بند ۳	ارتقای سلامت روانی جامعه
بند ۴	زیرساخت‌های مورد نیاز تولید
بند ۵	ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی
بند ۵	اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی
بند ۶	تأمین امنیت غذایی
بند ۷	تفکیک وظایف تولید تامین مالی و تدارک
بند ۷-۱	سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت
بند ۷-۲	مدیریت منابع سلامتی از طریق نظام بیمه
بند ۸	افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی اطلاع‌رسانی شفاف اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارتقای
بند ۸-۱	استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری
بند ۸-۳	تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و جامعه معلولان
بند ۹	توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی
بند ۹-۲	کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان
بند ۹-۴	تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیر ضروری در چرخه معاینه تشخیص بیماری تا درمان
بند ۹-۵	تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه‌درمانی
بند ۹-۶	تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی
بند ۱۰-۱	شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها
بند ۱۰-۲	افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقای کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت
بند ۱۱	وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت
بند ۱۲	افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین حفظ و ارتقای سلامت
بند ۱۳	بازشناسی، تبیین، ترویج توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران
بند ۱۴	توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت‌محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور
بند ۱۴	تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری و برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی

پرونده دوم

■ طرح تحول
نظام سلامت

آشنایی با تحول نظام سلامت



✓ **۴/۵ %** کاهش پرداختی بیماران بستری از ۳۸ درصد به ۴,۵ درصد

کاهش ۶ درصدی فرانشیز خدمات درمانی برای شهرنشینان در بیمارستان‌های دولتی و ۳ درصدی برای روستاییان در نخستین مرحله اجرا

کاهش ۵,۵ درصدی سزارین و انجام ۴۷۰ هزار زایمان طبیعی از ابتدای اجرای طرح

برخورد با تخلفات پزشکی و دریافت‌های خارج از تعرفه

پیشرفت ۸۷ درصدی در بالا بردن کیفیت هتلینگ در مراکز درمانی و نوسازی بیمارستان‌ها

استقرار ۵۴۵۰ پزشک متخصص در ۲۹۱ بیمارستان در ۳۳۱ شهر در مناطق محروم

استقرار ۷۲۴۲ پزشک متخصص در ۳۹۸ بیمارستان در ۲۱۲ شهر

✓ **۵۸۵ کلینیک** معاینه بیش از ۳۰ میلیون بیمار و مراجعه‌کننده توسط ۹ هزار پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص طی یک سال گذشته در ۵۸۵ کلینیک دولتی





سلامت و دستاوردهای آن

پوشش ۱۵۰ هزار کیلومتر راه فرعی و روستایی و نقاط صعب العبور و پرحادثه کشور توسط امداد هوایی و ارائه خدمت در ۱۷ پایگاه امداد هوایی



بیمه شدن تمام افراد فاقد بیمه در سراسر کشور و قرار گرفتن ۱۰ میلیون نفر تحت پوشش بیمه همگانی و رضایت ۷۰ درصدی مردم



عدم خروج بیمار و همراهان بیمار برای تهیه دارو به بیرون از بیمارستان

۲/۵ برابر

افزایش کارانه پرستاران به حدود ۲,۵ برابر



تحت پوشش قرار گرفتن نوزادان با واکسن پنج‌گانه برای نخستین بار

۱۶۹۰

راه‌اندازی سامانه ۱۶۹۰ به منظور پیگیری شکایات و اطلاع‌رسانی مردم در زمینه هزینه‌های زیرمیزی



ایجاد ۲ هزار خانه بهداشت و راه‌اندازی مراکز خدمات سلامت برای ۱۰ میلیون حاشیه‌نشین



به خاطر رایگان شدن زایمان طبیعی شاهد حفظ و استمرار باروری، ایجاد مشوق برای عامل زایمان و ترویج فرهنگ زایمان طبیعی و بهسازی زایشگاه‌ها



مدیرکل سازمان جهانی بهداشت؛ طرح تحول الگوی خوبی برای سایر کشورها

برنامه تحول نظام سلامت که اخیراً در بخش‌های مختلف در ایران اجرا شده، واقعاً مدل و الگوی خوبی برای سایر کشورهاست؛ البته تجربه به ما نشان داده که هر دولتی که برنامه اصلاحات در نظام سلامت را اجرا می‌کند باید تعهد سیاسی نیز در قبال آن برنامه‌ها داشته باشد. خوشبختانه ایران از این ظرفیت برخوردار است و رئیس‌جمهور شما شخصاً به مساله سلامت مردم توجه می‌کند.

سازمان جهانی بهداشت از طرح تحول سلامت در ایران حمایت می‌کند، ما به این برنامه افتخار می‌کنیم. شاید دو سال آینده مجدداً به ایران بیایم و ارزیابی مجددی از این برنامه خواهیم داشت. هر دولتی که به تعهدات خود در حوزه سلامت عمل کند، بی‌تردید مزایای آن متوجه مردم آن کشور خواهد بود.



ریشه‌های شکل‌گیری طرح تحول
در گفت‌وگو با دکتر قاضی زاده

ما چرا از کجا شروع شد؟

جایگاه طرح تحول در
برنامه‌های توسعه‌ای کشور

عزیز رضا بسکاپادی

گفت‌وگو
مهدی پناهی

بعد طراحی برنامه کنیم. بعد از طراحی است که در فرآیند اجرا، این سؤال را می‌پرسیم که مجریان چگونه آن را اجرا کردند.

پس از این جا شروع کنیم که نظام سلامت در کشور ما چه مشکلاتی داشت که به طرح تحول نظام سلامت رسیدیم؟

ما یک پارادایم جهانی داشتیم به اسم universal health coverage که دستورالعمل ثانویه سازمان جهانی بهداشت بود که بعد از سال ۲۰۱۰ اعلام کرد PHC همچون گذشته ضرورت دارد، primary health care موضوعی بود که در اجلاس آلمانی ۱۹۷۰ تصویب شده و موضوع آن مراقبت‌های اولیه بهداشت بود. بر اساس PHC مدل ایرانی شبکه‌های بهداشتی درمانی شکل گرفت و طراحی آن قبل از انقلاب انجام شد و بعد از انقلاب بازبینی‌اش کردیم و شبکه‌های بهداشتی و درمانی را طراحی و اجرا کردیم. در زمان دکتر مرندی، هدف هم این بود که عدالت افقی را در حوزه سلامت توسعه بدهیم، البته خود عدالت عمودی در سلامت هم بحث دیگری است که به عنوان مبانی سلامت شناخته می‌شوند. در عدالت افقی باید میزان دسترسی مردم به خدمات اولیه سلامت را در مناطق محروم بیشتر کنیم، آن زمان بیشتر مناطق روستایی بود، با توجه به خدمات درمانی و بهداشتی در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و روستاها می‌توانستیم ۸۰ درصد مردم را تحت پوشش خدمات اولیه سلامت در بیاوریم، بعد مدل شهری‌اش را هم طراحی کردیم. در مدل روستایی خدمات فعال بود یعنی مراقبت فعال بود، یعنی مردم برای سلامتشان مراقبی به نام بهورز داشتند که شناسنامه سلامت آن‌ها را داشت و رسیدگی می‌کرد و در صورت ضرورت خدمات اولیه درمان را هم تأمین می‌کرد یا به یک پزشک ارجاع می‌داد. در این روش جهش شاخص‌های سلامت را شاهد بودیم، امید به زندگی‌مان از ۵۴ سال در سال ۱۳۵۷ به ۷۳ در سال ۱۳۹۰ رسید. این رشد در دنیا بی‌نظیر بود و باعث شد مدل ما مدل نمونه شود. اما اصل ۴ ترومن با اصلاحات ارضی وارد ایران شد و اراضی بزرگ و مراکز تولیدی ایران را به یک اقتصاد خرد تولیدی تبدیل کرد و کشاورزی را نابود کرد. بعد از این دو تغییر

امیر حسین قاضی‌زاده نماینده مردم مشهد در مجلس و نایب رئیس دوم کمیسیون بهداشت و درمان در مجلس نهم است که سابقه دو دوره نمایندگی و عضویت در کمیسیون‌های مختلف بهداشت، اجتماعی و تحقیق را دارد، علاوه بر این رئیس دانشگاه علوم پزشکی سمنان نیز بوده است. لذا در بررسی طرح تحول هم به گذشته طرح و هم به موضوع بیمه‌ها اشاره می‌کند، طرح تحول در نظر بسیاری مربوط به دولت یازدهم و عمدتاً با کاهش سهم پرداخت از جیب مردم است، در حالی که به گفته قاضی‌زاده این طرح در یک برنامه کلی قرار داشته که همزمان با برنامه پنجم توسعه و سیاست‌های ابلاغی سلامت تدوین شده است و اصلاً قرار نبوده از همین ابتدا وارد بحث بر خورد یا زیرمیزی و اصلاح تعرفه‌ها شود، اقدامی که به اعتقاد قاضی‌زاده ضربه جدی به این برنامه زد. در ادامه این گفت‌وگو را بخوانید.

با توجه به اجرای طرح تحول از سال ۹۳ و کسب تجربه اجرایی، شما موافق این طرح هستید؟

من از طراحان طرح تحول بوده‌ام، اما آنچه طراحی شده چگونه اجرا شده، چه تغییری داشته، چه ضامنی اضافه شده و چقدر منابع مالی آن محقق شده موضوع دیگری است. ما متغیرهایی داریم که با توجه به آن‌ها برای رسیدن به هدف‌هایمان برنامه‌ریزی می‌کنیم، ساختار مدیریتی، اصلاح فرآیند، فرآیند نیروی انسانی و مالی، هر کدام که محقق نشوند، طراحی شما ضربه می‌خورد؛ بنابراین اگر طرح تحول را بخواهیم بررسی کنیم باید مکاتب موجود را بحث کنیم. نگاه دنیا به سلامت چیست؟ نقش حکومت در سلامت چیست؟ مسائل شرعی‌اش چیست؟ بعد بیاییم تحولات را بگوییم، مشکلات و مسائل ما چه بوده است و بر اساس این مقدمه ما چه نکاتی را باید اصلاح کنیم،

در جامعه ما رخ داد که در جهان نمونه شدیم، یکی تغییرات جمعیتی و سقوط باروری بود که زیاد گفته شد و کارهایی صورت گرفت اما تغییر دیگر جابه جایی روستاها به شهرها بود، طی ۳۰ سال ۷۰ درصد جمعیت روستایی مان تبدیل به ۷۰ درصد جمعیت شهری شد.

با انتقال روستاییان به شهر و رشد جمعیت و غیر فعال بودن خدمات و گران بودن خدمات در شهرها مشکلاتی به وجود آمد. خدمات غیر فعال یعنی مراکزی داشتیم که خدمات بهداشتی و درمانی ارائه می کردند اما به مراجعین خودشان، مراجعه از سمت شبکه به آن ها نبود در روستاها اما برعکس بود، شبکه سراغ مردم می رفت. با عوض شدن معادله و افزایش شهرنشینی مردم از پوشش خدمات فعال خارج شدند و وارد خدمات غیر فعال شدند.

این اتفاق با ناکارآمدی نظام بیمه برای پوشش خدمات درمانی همراه شد، یعنی از خدمات بهداشتی خارج شد و خدمات درمانی شان هم تضعیف شد چون خدمات گران و تخصصی بودند و پرداخت از جیب مردم حدود ۶۰ الی ۷۰ درصد بود، این شرایط عملاً به معنای ناکارآمدی سرمایه گذاری های دولت بود، در این زمان سازمان جهانی بهداشت هم UHC را مطرح کرد، لذا ما می خواستیم دو مسئله خدمات غیر فعال و گرانی را با نگاه UHC حل کنیم.

با این توضیحات در طرح تحول چه برنامه ریزی کردید تا مشکلاتی که اشاره کردید حل شود؟

پایه گذاری این طراحی در قانون برنامه پنجم انجام شد، در مسیر این قانون با رهبر انقلاب مکانیبه و شاخص های سلامت گزارش شد و ایشان دستور دادند گروهی تشکیل شود و احکام این قانون را به یک سیستم و مدل تبدیل کردند. این مدل را سازمان بهداشت جهانی در اجلاس ژنو هم به عنوان مدل قابل ارائه به دنیا معرفی کرد و از وزیر وقت خانم وحید به عنوان نماینده جمهوری اسلامی تقدیر کرد. بعد از این وقت تدوین سیاست های کلان رسید که ما همین مدل را در سیاست های کلان به عنوان مشاور مجمع تشخیص مصلحت ارائه داریم و در نهایت هم ابلاغ شد. باروی کار آمدن دولت جدید، آقای هاشمی وزیر شدند و در برنامه پیشنهادی شان به مجلس هم ما این عناوین را آوردیم. این عناوین شامل یک طرح مثلثی بود و سه هدف را در گام اول دنبال می کرد، گامی که امکان دارد در دوره وزارت ۴ ساله ایشان محقق شود، این گام لایه بندی دارد، طرح تحول سلامت لایه اول از این طرح کلان است و هدفش حل همان دو مسئله ای بود که اشاره کردم، این ها مسائل اولویت دار بودند و بعد از آن سراغ سایر مسائل می رفتیم. ما یک سه ضلعی در نظر گرفتیم، ۱- اول این که پوشش خدمات فعال را به شهر گسترش بدهیم، اولویت هم از شهر های بزرگ تر بین کلانشهرها و حاشیه کلانشهرها بود، یعنی ناگهان برای ۵۰ میلیون نفر اجرا می کردیم، لذا باید منابع مالی و امکانات اجرایی مان را باید در نظر می گرفتیم. در گام اول تصمیم گرفتیم شهر های ۲۰ هزار نفر که زیر پوشش هستند را به شهر های تا ۱۰۰ هزار نفر و حاشیه شهرها تغییر بدهیم، ۲- دوم این بود که تمام جمعیت ایران به یک ترتیبی تحت پوشش بیمه قرار بگیرد، یعنی حتماً هر کدام از شهروندان بیمه سلامت داشته باشند که در قانون برنامه پنجم بیمه اجباری و فراگیر سلامت را دیده بودیم، یعنی زیر ساخت های حقوقی این گام ها در قالب قانون و سیاست ها فراهم شده بود. ۳- سوم این بود که حداقل مراکز دولتی جایگاهی باشند که اگر مردم به آن ها مراجعه کردند، نگران هزینه هایشان نباشند. در واقع ما اگر نمی توانیم در کل بخش خصوصی و دولتی پرداخت از جیب را کاهش بدهیم، حداقل این مراکز را درست کنیم که طبقه آسیب پذیر را پوشش بدهند. این تحلیل اقتصادی هم دارد، نرخ تورم بخش سلامت بالاتر از نرخ میانگین تورم کل کشور است، این نرخ تورم در دهک های مختلف هم متفاوت است، در دهک های پایین تشدید شونده است و در دهک های بالاتر کمتر است. مثلاً اگر میانگین تورم ۱۷ ساله سلامت ۲۱ درصد است در دهک های بالا ۸ درصد می شود و در دهک های پایین ۳۸ درصد می شود، بنابراین با توجه محدودیت منابع باید می رفتیم جایی را درست می کردیم که این پوشش کامل می شود. این مبنای طرح تحول سلامت بود. در مرحله بعد بر اساس این ایده ۹ برنامه اجرایی یا نه گام طراحی کردیم، نسبت این اهداف با برنامه چقدر است، چقدر آن ها را دنبال می کند مسلماً ۱۰۰ درصد نیست. آیا الزامات اجرایی آن پیش بینی شده است، نیروی انسانی توجیه و همراه است؟ سایر

ذی نفع های حوزه سلامت شامل مردم، سیاست گذاران، پزشکان، پرستاران، آیا با این برنامه ریزی همراه هستند، کجا تضاد منافع است، کجا همگرایی منافع است، همه این ها جای بحث دارد.

برگردیم به موضوع نحوه اجرایی شدن ۹ گامی که گفتید.

نگاه ها در اجرا این بود که چقدر نفع و چقدر سود می کنیم، بعد در خود سلامت، درمان، بهداشت و آموزش داریم که مجزا از هم عمل می کنند. برنامه ها خوب طراحی شد اما دارای یکپارچگی نبود، به ویژه این که در مسیر عنوانی به طرح اولیه اضافه شود که خود ضرورت اجتماعی است، آن هم برخورد با زیرمیزی بود اما اولویت ما در طرح نبود. چون باید زیر ساخت هایش فراهم می شد، اما بالاخره کاری بود که خود مجلس شروع کرد اما صدمه جدی به طرح زد، وزارت مجبور شد دنبال اصلاح نظام تعرفه گذاری و پرداخت برود، این دو تهدید درست کرد. ۱- جریان های ذی نفعان را با خودش دچار چالش کرد، پزشکان، پرستاران و سایر گروه ها، ۲- مشکل تحدید منابع. چون منابع مالی برای اجرا کافی نبود. این واقعا به طرح صدمه زد، الان بزرگ ترین چالش طرح همین است که اصلاً در طرح نبوده است.

جدا از نادرست بودن ورود به عرصه تعرفه گذاری، رویکردی که اعمال شده خودش آسیب ندارد؟ رقابت بی پایان بالا رفتن تعرفه های بخش خصوصی و دولتی.

قانون می گوید که تعرفه ها را بایستی بر اساس قیمت تمام شده تعیین کنید، حوزه سلامت حوزه هزینه و درآمد است، اصلاً بیرون و داخل ندارد، قیمت تمام شده خدمات ملاک است، طبق قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۴ دولت در تعرفه گذاری سلامت، می بایست قیمت تمام شده را استخراج می کرده که نکرده است و همیشه از جیب کارکنان برانه داده است. تعرفه گذاری دو جزء دارد، یکی حرفه ای و فنی و دیگری سرمایه گذاری. طبق قانون و سیاست های ابلاغی قیمت خدمت در بخش های مختلف یکسان است. مثلاً چه بخش خصوصی و چه دولتی ویزیت بیمار یکسان باید باشد. اگر نیست خلاف است.

نکته همین است چون الان پزشکی که در بخش خصوصی فعال است توقع دارد در بخش دولتی هم همان قدر درآمد داشته باشد!

ما نمی گوئیم چقدر، می گوئیم قیمت یکی باشد، قیمت واقعی کدام است؟ اگر دولتی است، پس باید جلوی بخش خصوصی را گرفت، اگر خصوصی قیمتش واقعی است بخش دولتی باید بیشتر شود، یا اگر میان این دو است، هر دو باهم اصلاح شوند.

با توجه به این که تعرفه های دولتی را زیاد کردند، پس ظاهراً قیمت واقعی همان بخش خصوصی بوده است.

اصلاً روی قیمت بحث ندارم، هر کدام مبنای محاسباتی دارد، این روشی که در حال حاضر چانه زنی می کنند، غلط است، چون اجزای قیمت یک خدمت معلوم است، از کجا حاصل می شود، در دنیا روش دارد، تعرفه گذاری که فقط برای ما نیست، پزشک آمریکایی هم تعرفه دارد، مدل های پرداخت هم متنوع است. میزان درآمد کف و سقف دارد، خارج از این محدوده را چگونه جبران کنیم؟ اگر بیشتر بود چه کنیم؟ مثل هلند ۷۵ درصد مالیات بگیریم یا مثل انگلستان ۱۰۰ درصدش را بگیریم؟ در این کشورها پزشک اصلاً سراغ درآمد بیشتر نمی رود، همه این ها قابل بررسی است، این موضوع بالاخره باید حل می شد اما الان اولویت ما نبود، این بیشتر یک اولویت سیاسی بود چون در کشور سروصدا ایجاد کرده بود. ما برای رسیدن به حل مسئله زیرمیزی در طرح اولیه ۵ الی ۶ سال زمان پیش بینی کرده بودیم، اما مقاومت اجتماعی هم در برابر طرح ایجاد کرد، گروهی که بایستی همکاری می کردند تا به اهدافمان برسیم الان همکاری نمی کنند.

با توجه به این شرایط الان چه باید کرد؟ آیا بایستی این طرح متوقف و اصلاح شود؟

پرونده دوم

طرح تحول نظام سلامت



برنامه ها دارای

یکپارچگی نبود،

در مسیر عنوانی به

طرح اولیه اضافه

شود، آن هم برخورد

با زیرمیزی بود اما

اولویت ما در طرح

نبود. این دو

تهدید درست کرد.

۱- جریان های

ذی نفعان را با

خودش دچار

چالش کرد،

پزشکان، پرستاران

و سایر گروه ها،

۲- مشکل

تحدید منابع

مجری دولت است، درست است که ما زیرساخت‌های حقوقی و قانونی را فراهم کردیم اما کار دست وزرا و دولت است، مشکل ما این است که دولت‌ها دنبال پروژه‌های زودگذر و سریع رضایت‌بخش هستند، در حالی که در ترکیه یازده سال وزیر بهداشتش عوض نشده، بعد از یازده سال به نقطه‌ای رسیدند که تازه می‌گوییم، به نقطه‌ی رهایی رسیدند و ثبات پیدا کرده‌اند و بعد از این تازه شروع به کار کردند. مثل کشور ما نیست که حتی در داخل یک دولت، دو وزیر می‌آیند، وزیر بعدی وزیر قبلی را تکفیر می‌کند. به همین خاطر گام‌هایمان را طوری طراحی کردیم که بتوانیم در دو یا سه سال انجام بدهیم، ما اگر بدانیم که این پروژه ۱۵ ساله خواهد بود، نوع طراحی‌مان را عوض می‌کنیم. به هر حال با توجه به اقتضات کشور ما و منابع مالی ناپایدار ما سه عنوان مالی برای طرح تحول سلامت گذاشتیم. ۱- یک درصد از مالیات بر ارزش افزوده که حدود سه هزار و ۷۰۰ میلیارد تومان می‌شود، وقتی دولت می‌خواست در بودجه‌اش بگذارد ۲ هزار و ۵۰۰ میلیارد گذاشت، ۲- ده درصد از منابع مالی هدفمندی‌بارانه‌ها را هم چهار سال که نگذاشت، بعد از چهار سال هم که دولت گذاشته، کمتر از ده درصد است. ۳- منابع طرح پزشک خانواده. از ابتدای امسال تا الان میزان تحقق منابع دولت ۴۵ درصد بوده است. ما پیش‌بینی می‌کنیم در خوش‌بینانه‌ترین حالت به ۵۰ درصد برسد، این‌ها در حالی است که ما بر اساس ۹ هزار میلیارد تومان برنامه‌ریزی کردیم اما نصفش در اختیارمان قرار گرفت.

با این وضع موجود، ادامه این طرح به صلاح است؟ چون امکان دارد تأثیرات منفی اجتماعی و اقتصادی در آینده داشته باشد یا این که دولت‌های بعدی کل آن را ملغی کنند و تمام این هزینه‌هایی فایده‌باشد.

بعضی از گام‌هایی که برداشته شد، برگشت‌ناپذیر است، مثل ایجاد شبکه‌های بهداشتی و درمانی در حاشیه شهرها، مردم ثبت‌نام اولیه شده‌اند، مراقبت سلامت بر ایشان تربیت شده، یک سال آموزششان دادیم، کسی که ماما بوده الان مراقب سلامت شده است. الان یک تعهد اجتماعی برای بیمارستان‌های دولتی پیش مردم ایجاد کردیم، به مردم گفتیم اگر بیمارستان دولتی رفتید فقط ۵ درصد هزینه‌ها شماست. البته در همین هم بحث است چون ما گفته بودیم هم‌زمان با این کاهش پرداخت از جیب مردم، باید گاید لاین‌ها هم ایجاد شود و بیمه‌ها متناسب با این‌ها پول بدهد. این اجرا نشد و باعث شد هزینه‌ها سر بار ایجاد شود. علاوه بر این نظام کنترل داخلی و خارجی گذاشته شد، شبکه یکپارچه ثبت دیتاها را درست کردند که بر اساس آن بتوانند سقف و کف مالی را درست کنند، بنابراین این‌ها دستاوردهای طرح است که قابل برگشت هم نیست، مسیری است که باید برویم و فشار بیاوریم تعهدات، توسط دولت و بیمه‌ها انجام شود.

چگونه بیمه‌ها را می‌خواهید راضی کنید که این هزینه‌ها را پوشش بدهند؟

برنامه ما بعد از UHC، تولید منابع است که در قانون و سیاست‌های کلان هم دیدیم، در این سیاست‌ها برنامه ۲۰ ساله را هم دیده‌ایم، یک سؤال بزرگ در دنیا هست آیا مردم در تأمین منابع سلامتشان مشارکت بکنند؟ پاسخ دنیا

نه است، می‌گویند که دولت‌ها باید این کار را بکنند، وظیفه حکومتی است. کسانی که با مکانیسم‌های نوکینزی و مدل‌های توسعه بحث می‌کنند، در آمریکا شاهد دعوایشان بودیم که با Obama care مخالفت می‌کنند، در آنجا هم همین سؤال مطرح است، کلینتون همسرش را گذاشت تا این را اجرا کند اما کمپانی‌ها نگذاشتند، او با ما هم فقط دو شعار داشت یکی همین Obama care و دیگری هم حل مشکل با ایران. در Obama care چند عنوان وجود داشت یکی از آن‌ها ادغام بیمه‌ها بود، نه بیمه‌های دولتی، بلکه حتی خصوصی و ایجاد یک بیمه یکپارچه. این یعنی در یک نظام سرمایه‌داری مالکیت خصوصی بیمه‌ها را سلب کرد. کره جنوبی هم طی دو سال اخیر ۳۰۰ صندوق بیمه را در هم ادغام کرد. برای چنین چیزی حاکمیت و دولت باید پای کار بیایند، رئیس‌جمهور باید پای کار بیاید.

در حال حاضر وضعیت بیمه‌های مادر کشور چگونه است؟

ما ۲۲ صندوق بیمه درست کرده‌ایم و هر روز هم یک چیز جدید می‌سازیم، به بیمه پایه بیمه تکمیلی را هم اضافه کردیم، بیمه تجاری را هم وارد شد کردیم، در واقع پدر همه را در آورده‌ایم و همه هم ورشکسته‌اند.

برنامه‌تان در طرحی که آماده شد برای بیمه چه بوده است؟

۸۰ سال پیش که بیمه تأمین اجتماعی درست شده با هدف بیمه یکپارچه در کشور بوده است، در قانون اساسی این بیمه آمده است. ما الان دنبال مشارکت مردم با سرمایه‌گذاری risk pulling هستیم اما دنیا می‌گوید این روش منسوخ شده است. مثلاً انگلستان می‌گوید به جای ۵ درصد ۳۵ درصد مالیات می‌گیریم و به جای تمام خدمات آموزشی، بهداشتی، درمانی را از صفر تا صد می‌دهیم.

حتی در بیمه‌های اجتماعی هم به این روش رسیده‌اند، می‌گویند مالیات می‌گیریم حقوق بازنشستگی‌تان با ماست. دلیش هم نوسانات را کود و توسعه است، چون صندوق بیمه وقتی بخشی از اقتصاد شد، اگر کود شود اولین جا که ضربه می‌خورد، خود صندوق بیمه است، مثل یونان و اسپانیا که مجبور شدند حقوق بازنشستگان را یک سوم کنند و بحران اجتماعی شد. دولت‌های معروف به رفاه می‌گویند مالیات می‌گیریم و در مقابل به شما تعهد می‌دهیم، دیگر به یک صندوق واسطه نمی‌سپاریم.

اگر این راه حل شما بخواهد اجرایی شود باید از کجا شروع کرد؟

قانون وجود دارد، برنامه پنجم توسعه ماده ۳۸، اساسنامه بیمه سلامت ایران اینان تصویب دولت شده است، این اساسنامه باید اجرا شود، زیرساخت خصوصی هیچ مشکلی ندارد و باید اجرا شود.

اگر دولت موظف به اجرای این قانون است، چرا آن را اجرا نمی‌کند؟

به خاطر فشارهای بخشی و صنفی است، هر کدام از این صندوق‌ها ذی‌نفع‌هایی دارند که نمی‌خواهند با دیگران یکی شوند، مثلاً شرکت نفت می‌گوید من یک صندوق قدرتمند هستم چرا باید با یک صندوق روستایی شریک شوم؟



نقش مشکلاتی مانند پزشک زدگی، درمان محوری و ... در نظام سلامت و طرح تحول

همه این‌ها در طرح دیده شد، وقتی شبکه بهداشت را توسعه می‌دهیم، یعنی بهداشت بر درمان اولویت دارد، سپس باید نظام آموزشی مبتنی بر این اصلاح شود، در سیاست‌های کلان بند یک می‌گوید نظام انتخاب و انتصاب مدیران، پزشکان، دانشجویان مبتنی بر شاخص‌ها باید تغییر کند، همه این‌ها ترتیب دارد. بعد از اصلاح تولید، اصلاح نظام پرداخت بود، دولت سوم با چهار سال سوم باید به اصلاح نظام پرداخت می‌رسید، اما الان وارد این مسئله شدیم.

چرا زیرمیزی ریشه کن نشد؟!

کمبود پزشک و صف‌های طولانی پشت مطب علت اصلی زیرمیزی

یادداشت
علی احمدی

به جمعیت بودیم. با این شرایط تقاضا برای مراجعه به برخی پزشکان بیش از ظرفیت پاسخگویی وی خواهد بود، این شرایط عامل انگیزشی پزشک جهت گرفتن مبالغ خارج از تعرفه هست تا با این کار درآمد خود را نسبت به پزشکان دیگر افزایش دهد. در حقیقت دینفعان نظام سلامت از طریق اعمال نفوذ، با محدود ساختن ظرفیت تربیت پزشک به بهانه‌هایی چون حفظ کیفیت، بازار سلامت را به سمت انحصار و افزایش دستمزدها سوق می‌دهند. ادغام آموزش و درمان و انتقال آموزش پزشکی از وزارت علوم به وزارت بهداشت در سال‌های پس از انقلاب اسلامی بستر ساز این انحصار بوده است. در حالی که در نظام‌های سلامت مترقی دنیا همچون آلمان و انگلستان منع حضور دینفعان در تعیین ظرفیت آموزش به سنتی متعارف تبدیل شده است و اساساً در این کشورها تولید آموزش پزشکی بر عهده وزارت بهداشت نیست.

آگاهی مردم نسبت به خدمات دریافتی

از سوی دیگر اضطرار و ناآگاهی بیمار باعث می‌شود تا وی برای دریافت خدماتی که تصور می‌کند سلامتی وی و عزیزانش را به ارمان می‌آورد و یا به لحاظ ذهنی تصور می‌کند تنها پزشک موردنظر قادر به انجام باکیفیت آن خدمت است، قیمت بالاتر و لو به ازای فقیر شدن را بپردازد؛ بنابراین افزایش قیمت خدمات پزشکی تأثیر خاصی بر خارج شدن بیمار از صف و کاهش تقاضا نخواهد داشت.

راهکارهای کوتاه مدت

با توجه به دلایل گفته شده و بدون در نظر گرفتن راهکارهای عرضه نیروی انسانی، اصلاح صرف قیمت، چندان کارساز نیست و پس از مدتی، عوارض سابق مجدداً بروز کند؛ اما با توجه به زمان‌بر بودن افزایش تعداد پزشکان، می‌توان با تصحیح و تقویت سازوکارهای نظارتی و افزایش آگاهی بیماران و اخلاق پزشکی در کوتاه‌مدت از ترویج پدیده زیرمیزی کاست.

پدیده شوم زیرمیزی سال‌هاست که مردم و علی‌الخصوص بیماران را رنج می‌دهد و مسئولان حوزه سلامت نیز با تأیید این مشکلات، راه‌حل بیرون رفت از آن را عادلانه کردن تعرفه‌ها و تقویت نظارت‌ها عنوان می‌کنند. بر همین اساس و در گام سوم طرح تحول سلامت و باهدف از بین رفتن پدیده زیرمیزی و حراست از بیماران شاهد افزایش میانگین ۱۵۰ درصدی در تعرفه‌های پزشکی بودیم. تعرفه‌هایی که در ابتدای همان سال با افزایش ۴۴ درصدی مواجه بودند. اصلاح کتاب ارزش‌گذاری نسبی خدمات درمانی و در نتیجه افزایش تعرفه‌ها، موجب شد تا هاشمی وعده حذف کامل زیرمیزی را از آبان سال ۹۳ به مردم بدهد.

اما بعد از گذشت بیش از یک سال از این اقدامات شاهد عدم اثرگذاری مطلوب آن‌ها هستیم. به گونه‌ای که وزیر بهداشت در مصاحبه‌ای به عدم از بین رفتن زیرمیزی اعتراف و تشدید نظارت‌ها در این زمینه را خواستار شد. در اینجا سؤالی که به ذهن می‌آید این است که آیا اساساً افزایش تعرفه می‌تواند پدیده زیرمیزی را ریشه کن کند؟

به‌طور کلی عوامل به وجود آورنده پدیده زیرمیزی عبارت‌اند از:

❖ عدم نظارت کافی و کارآمد بر عملکرد پزشکان

❖ عدم بازدارندگی مجازات

❖ آشنا نبودن بیماران با حقوق خود

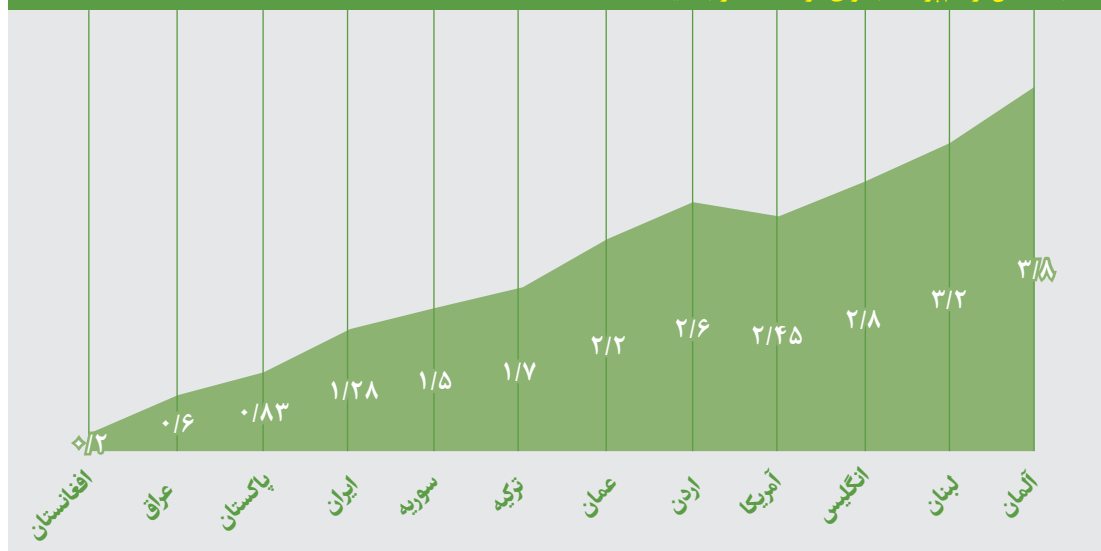
❖ واقعی نبودن تعرفه‌های پزشکی و تفاوت کیفیت خدمات

❖ صف طولانی پشت سر برخی پزشکان

چه کسی از کمبود پزشک سود می‌برد؟

از بین موارد ذکر شده، مهم‌ترین عامل پدیده زیرمیزی ایجاد صف طولانی در برابر گرفتن خدمات برخی پزشکان است. در سال‌های اخیر و به دلیل سیاست‌های محدودسازی تربیت پزشکان، شاهد افت تعداد پزشکان نسبت

◆ شاخص تراکم پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت



بدون در نظر گرفتن

راهکارهای عرضه

نیروی انسانی،

اصلاح صرف

قیمت، چندان

کارساز نیست و پس

از مدتی، عوارض

سابق مجدداً بروز

می‌کند؛ اما در کوتاه

مدت می‌توان با

تصحیح و تقویت

سازوکارهای

نظارتی و افزایش

آگاهی بیماران و

اخلاق پزشکی

از ترویج پدیده

زیرمیزی کاست

گام چهارم طرح تحول، آموزش پزشکی
را متحول خواهد کرد؟

موانع آموزشی در قطب‌های آمایشی

گفت‌وگو با معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عبدالرضا یسکانیادی

چه شد که طرح تحول نظام سلامت در گام چهارم به تحول آموزش پزشکی رسید؟

اصول این گام بطور کلی از اسناد بالادستی برنامه پنجم توسعه، چشم‌انداز ایران در افق ۱۴۰۴ و از سند ابلاغی سلامت مقام معظم رهبری الهام گرفته شده و در برنامه ششم توسعه نیز پیش‌بینی لازم در زمینه این طرح شده است. نزدیک به یک سال و نیم از طرح تحول سلامت گذشت، هر طرح محاسن و معایبی دارد که در فرآیند اجرا باید سعی شود محاسن تقویت و معایب حذف شود تا به اهداف پیش‌بینی شده نزدیک گردد، به عنوان متولیان امر آموزش احساس کردیم که طرح تحول می‌تواند به آموزش لطمه بزند، چرا که پس از اجرای طرح تحول و معرفی کتاب ارزش‌نسی خدمات، هزینه‌های درمان مقداری افزایش پیدا کرد. از طرفی اجرا کتاب ارزش‌نسی خدمات باعث افزایش تقریباً دو برابری قیمت خدمات در بخش خصوصی شد، این افزایش هزینه باعث هجوم در حدود ۱۰ تا ۱۵ درصدی بیماران به بخش‌های دولتی گردید، علاوه بر این‌ها بر اثر سند اعتباربخشی، در بیمارستان‌های آموزشی بایستی بیمارانی پذیرش بشوند که جنبه آموزشی داشته باشند چون دانشجوی پزشکی باید بیماری‌های متنوعی را ببیند، این حجم بالای بیماران باعث شد که بیمارستان‌های آموزشی نتوانند بیمار آموزشی را به طول کامل و جامع بستری و بررسی کنند، درواقع نتوانند دانشجویان را به خوبی آموزش دهند. این مشکلات را با آقای وزیر هم در میان گذاشتیم که از مهرماه امسال بحث تحول و نوآوری در نظام آموزشی مطرح شد. از سوی دیگر، با توجه به اینکه، طی ۳۵ سال گذشته برنامه‌های تحصیلی آموزش پزشکی تغییری پیدا نکرده، در صورتی که روند بیماری‌ها به سمت بیماری‌های غیرواگیر خیلی زیاد شده است. لذا لازم بود طرح تحول نظام آموزش در دستور کار قرار بگیرد.

گفت‌وگو
مجید کمالی‌زاده

وزارت بهداشت در دولت یازدهم بار بزرگی را به نام طرح تحول نظام سلامت برداشت و چهار گام را برای آن در نظر گرفت، بعد از حدود دو سال اجرای این طرح، امروز به گام چهارم یعنی تحول آموزش پزشکی رسیده‌است اما این گام در حالی آغاز شده که هنوز گام‌های قبلی طرح تحول با فراز و نشیب‌های فراوانی همراه است. برخی برداشتن این همه بار به صورت موازی را نشان‌دهنده توجه دولت و یک حسن و برخی آن را عجلانده می‌دانند. فارغ از همه این بحث‌ها تحول در آموزش پزشکی ریشه‌ای‌ترین موضوع در نظام سلامت است که همواره از ابتدای تأسیس وزارت بهداشت و قبل از آن در زمان تفکیک آموزش از وزارت بهداشتی، محل مناقشه بوده است، با این حال بعد چند دهه تلفیق آموزش در وزارت بهداشتی، امروز طرح تحول آموزش در سال سوم دولت یازدهم در قالب ۱۲ بسته آغاز شده اما با نگاهی به این ۱۲ بسته و اظهارات مسئولین متوجه خواهیم شد که این گام تنها در مرحله ارزیابی و مطالعات است. حوزه آموزش معضلات اساسی همچون طولانی بودن، عدم توجه به آموزش اخلاق پزشکی و بهداشت، مشکلات معیشتی دانشجویان، سرفصل‌ها غیر ضروری و عدم تناسب میزان دانشجویان و نیازهای نظام سلامت دارد که اثر آن در مواجهه با بیمار دیده می‌شود، خود مسئولین وزارت بهداشت نیز به این معضلات اذعان دارند. برای بررسی این معضلات و طرح تحول سراغ محمدرضا دارابی معاون آموزش دانشگاه علوم پزشکی مشهد رفته‌ایم.

تحول در آموزش پزشکی کاری به اندازه تحول در نظام سلامت است، چرا با این عجله گام چهارم برداشته شد، قبل از طرح تحول نظام سلامت، تحول در آموزش در دستور کار قرار نداشت؟

ایده تحول در آموزش پزشکی در ذهن وزیران سابق هم بود، اما گرفتاری های کاری اجازه این کار را نمی داد. ضمن این که در کشور ما خیلی از کارها قائم به فرد است، چون خیلی از منابع ما خارجی است همه احساس می کردند نیاز به یک بازبینی در برنامه های آموزشی در وزارت بهداشت وجود دارد. نقطه شروع تغییر، اردیبهشت ماه ۹۴ بود که آقای وزیر سند آمایش سرزمین آموزش عالی را به شورای عالی انقلاب فرهنگی پیشنهاد کرد و در خرداد این سند تصویب و در مردادماه به رئیس جمهور ابلاغ شد، رئیس جمهور هم به وزارت بهداشت ابلاغ کردند تا در حوزه بهداشت و درمان بر اساس عدالت در آموزش، عدالت در درمان، تمرکز دایی و مأموریت گرایی اجرایی شود.

در همین یکسال که دکتر لاریجانی از اسفند ۹۳ معاونت آموزش را به عهده گرفتند، بحث طرح تحول و نوآوری در نظام آموزشی در دستور کار حوزه معاونت آموزشی وزارت قرار گرفته است. پیش فرض ها و برنامه پیشنهادی تحول و نوآوری در نظام آموزش را آقای دکتر لاریجانی در اواخر مردادماه در تبریز در اجلاس معاونین آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور مطرح کردند و دوروز در این رابطه بحث شد و با تغییراتی نهایتاً در ۱۲ بسته به تصویب رسید که یکی از این بسته ها سند آمایش سرزمینی باهدف تحول در بستر و زیر ساخت نظام آموزشی، ارتقا نظام آموزشی، ایجاد پایگاه های آموزش پزشکی در دنیا و منطقه، بر اساس تمرکز دایی و مأموریت گرایی دانشگاه ها بود.

برای رفع مشکلاتی مثل عدم تناسب توسعه کمی و کیفی آموزش پزشکی، چه راهکاری اندیشیده اید؟ سرفصل هایی که گفتید اهداف کلی هستند، اقدام عملی شما چه بوده است؟

در این طرح کشور به ۱۰ قطب تقسیم شد تا اقدام عملی در جهت مأموریت گرایی و تمرکز دایی و عدالت محوری بر اساس نیازهای منطقه ای شکل بگیرد، به طور مثال ما در قطب ۹ کشور بسته های تحول در آموزش و کارگروه ها را تعیین کرده ایم، مثلاً در کارگروه نیازسنجی باید میزان نیرو در همه حرفه های پزشکی را برای ده سال آینده نیازسنجی کنیم و بعد جذب دانشجوی بر اساس بومی گزینی باشد. طبق مصوبه مجلس که از سال گذشته اجرایی شد، ۳۰ درصد دانشجویان باید بومی باشند. مناطق محروم هم مشخص شد یعنی الان دانشجوی پزشکی ما می داند که سهمیه شهرستان زاوه است و باید به آنجا برود. ما براساس این نیازسنجی می دانیم که کدام شهرستان چه تخصص و چه پزشکی نیاز دارد و در آینده بر اساس نیازسنجی کل ۱۰ منطقه کشور خواهیم دانست چه تعداد نیرو و با چه تخصصی نیاز داریم تا به همان میزان دانشجوی تربیت کنیم.

طولانی بودن دوره آموزش پزشکی چه توجیهی دارد؟ ممکن است پزشک به خاطر همین اطاله آموزش در دوران فارغ التحصیلی به قصد جبران زمان ازدست رفته، اخلاق پزشکی را کنار بگذارد.

در گذشته زمان دوره پزشکی به ۶ سال کاهش یافت و عملاً دیدیم که افت کیفی پیدا شد، دانشجو دغدغه آموزش دارد، جوینده دانش است و دغدغه مالی نباید داشته باشد، دانشجو در دوران هزینه کرد است، سرمایه گذاری برای آینده می کند، لذا نباید انتظار خاصی داشته باشد و در تمام دنیا دانشجویان برای آموزش شهریه خیلی بالایی می پردازند. با این حال یکی از برنامه های طرح تحول نظام آموزشی بازبینی برنامه های تحصیلی رشته های پزشکی است. برنامه های تحصیلی باید مرتب بازبینی بشود تا در صورت امکان دوره ای را کوتاه کنیم، این مسئله هنوز مراحل مقدماتی را طی می کند، وزیر هم خودش اذعان کرده که دوره ها طولانی است، شاید کارگروه هایی بازبینی برنامه های تحصیلی به این نتیجه برسند که دوره آموزش پزشکی کوتاه شود ولی فعلاً این زمان تغییری نخواهد کرد. با این حال ما معتقدیم که طول دوره باعث افزایش کیفی خواهد شد به شرط این که علاقه و انگیزه در دانشجو باشد، اگر این علاقه و انگیزه نباشد، طول دوره پزشکی چه ۴ سال چه ۱۰ سال فرقی در اخلاق پزشکی نمی کند.

اما بحث مشکلات معیشتی دانشجوی پزشکی به کیفیت کار آموزش ضربه می زند، شما این مشکل را می پذیرید؟

در تمام دانشگاه های ایران دانشجویان از یک کمک هزینه تحصیلی و مسکن برخوردار هستند، امکانات رفاهی، سلف سرویس، ایاب و ذهاب و اسکان برای دانشجویان مادر همه مقاطع فراهم است. وام، کمک هزینه تحصیلی و کمک هزینه مسکن هم به دانشجویان پرداخت می شود، این امکانات برای این است که هزینه دانشجویی به حداقل برسد اما این طور نیست که همه هزینه دانشجویان را تأمین کنیم، دانشجو وقتی به دانشگاه می آید در دفتر چه کنکور شرایط دانشگاه را خوانده است، بنابراین دانشجو با علم به ریاضت دوران دانشجویی وارد می شود. دانشجوی پزشکی مادر دوره انترنی (کارورزی) حدود ۸۰۰ الی ۹۰۰ هزار تومان حقوق می گیرد، این کمک هزینه به خاطر این است که اثر دغدغه مالی برای دانشجویان کم شود و بیشتر به درس بپردازند، اگر دانشجو دغدغه مالی داشته باشد قطعاً در تحصیلش تأثیر می گذارد.

دانشجوی تخصص ماهانه حدود یک میلیون تومان حقوق می گیرد، این هم به نام کمک هزینه تحصیلی است اما در طرح تحول نظام آموزش برای این دانشجویان یا دانشجویان PHD کمک هزینه تحصیلی تکمیلی، علاوه بر کمک هزینه عادی ماهانه، به مبلغ حدود ۴۰۰ تا ۷۰۰ هزار تومان در نظر گرفته شده است.

یکی از انتقادات به نظام پزشکی عدم رعایت اخلاق پزشکی است، اگر اخلاق پزشکی رعایت شود، مسلماً مشکلات معیشتی یا درآمد بیشتر نمی تواند بهانه ای برای نادیده گرفتن حقوق بیمار شود، در طرح تحول و گام چهارم چه اقداماتی شده یا خواهد شد؟

ما به دنبال اعتلای اخلاق حرفه ای از ابتدا ورود دانشجو به دانشگاه هستیم، در طرح تحول آموزش، بسته اعتلای اخلاق حرفه ای وجود دارد که اجرای آن از زمان آموزش پزشکی عمومی شروع می شود و تا زمان تخصص و فوق تخصص ادامه پیدا می کند. نهادهای گردن آموزش پاسخگو در نظام سلامت مدنظر ماست و انتظار داریم مراجع بالادستی الزامات ساختاری و برنامه ای به منظور اعتلای اخلاق حرفه ای را تدوین کنند. با این حال ارتقاء اخلاق حرفه ای باید در کارگروه ها مورد کارشناسی قرار گیرد و از آن پروپوزال استخراج شود تا عملیاتی شده و سپس اجرایی گردد. تدوین شاخص های تحقق اخلاق حرفه ای در محیط های آموزشی مرتبط با علوم پزشکی، جزئی از روابط بین فردی است، ما باید روابط بین فردی را در محیط های آموزشی تعریف کنیم و مشخص کنیم به چه روابطی، به چه نوع رفتار و به چه نوع آزادی در دانشگاه معتقدیم.

باینکه همه مسئولین سلامت از اهمیت پیشگیری صحبت می کنند اما نظام سلامت ما درمان محور است و حتی این درمان محوری در آموزش پزشکی هم وجود دارد، یعنی بسیاری از دانشجویان فارغ التحصیل خودشان اصول پیشگیری عمومی را نمی دانند، در تحول آموزش پزشکی به پیشگیری هم خواهید پرداخت؟

این به فرهنگ عمومی مردم برمی گردد. در نظام های پزشکی دنیا مردم حتی اگر سالم باشند، مرتب معاینه می شوند ولی در فرهنگ ما تا زمانی که درد ایجاد نشود، کسی سراغ معاینه پزشکی نمی رود.

چون فرهنگ پیشگیری در مردم نیست، پس شما هم برای آموزش پزشکان در این رابطه کاری نکردید؟

ما بر اساس برنامه آموزش ورود پیدا می کنیم. اما دانشجو فقط دو واحد بهداشت در برنامه درسی خود می گذراند لذا آموزش آن قدر قوی نیست.

در طرح تحول به این مسئله پرداخته شده است؟

بله به دلیل ازدیاد ابتلا به بیماری های غیر واگیر، کارهای خیلی خوبی مثل پزشک خانواده شده است، اگر ما بتوانیم پزشک خانواده را که یکی از اهداف بلندمدت وزارت بهداشت است، جایگزین وضعیت فعلی بکنیم، ارتقاء فرهنگ پیشگیری اتفاق خواهد افتاد.

پرونده دوم

طرح تحول نظام سلامت



برای آموزش اصول
پیشگیری بهداشت
به دانشجویان،
ما براساس برنامه
آموزش ورود
پیدایمی کنیم.
امادانشجوقط
دو واحد بهداشت
در برنامه درسی
خود می گذراند
لذا آموزش آن قدر
قوی نیست

بی عدالتی در تیم درمان

پرستاران نیازمند پرستاری

گفتگوی رصد با پرستاران

گزارش

ملیحه زرین پور

برای حفظ سلامتی در جامعه، اهمیت پرستاری در تراز اول قرار دارد؛ یعنی اگر بهترین پزشکان و جراحان کار خودشان را با بیمار به بهترین وجه انجام دهند، اما از آن بیمار پرستاری نشود، کار آن پزشک یا جراح عالی قدر بی فایده خواهد بود، نقش پرستاری در حفظ سلامت و بازگشت سلامت بیمار، معادل است با نقش یک پزشک ماهر. این بالاترین تعبیری است که رهبر معظم انقلاب هم از آن یاد می کنند. بالاین حال از گذشته تا کنون و به ویژه در دوره اجرای طرح تحول این جایگاه با چالش هایی اساسی همراه بوده است و پرستاران همواره احساس بی عدالتی کرده اند.

قانون بر زمین مانده و ناقوس بی عدالتی در کادر درمانگر کسور

یکی از این بی عدالتی ها قانونی است که به منظور رسیدگی به پرداختی های پرستاران متناسب با سختی کار آن ها با عنوان قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری حدود ۸ سال پیش به مجلس ارائه و تصویب شد و قرار بود یکی از اساسی ترین مسائل پرستاری را حل کند و اندکی از سختی کار آن ها بکاهد اما این قانون همچنان میان سازمان بیمه و وزارت بهداشت پاس کاری می شود و بعد از این همه سال هنوز فکری برای اجرای آن نشده است یا شاید هم قرار نیست اصلاً اجرا شود، قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری تیر ماه سال ۸۶ مورد تصویب مجلس و تأیید شورای نگهبان قرار گرفت.

قانونی که اجرا نشد اما وظایفی که اضافه شد

فاطمه نوغانی، یکی از پرستاران بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در این خصوص به ما می گوید: «نه تنها تا کنون قانون مصوب تعرفه گذاری خدمات پرستاری اجرا نشده است بلکه کارهای اضافه بسیاری هم به وظایف پرستاران افزوده شد.»

وی در خصوص قانون تعرفه گذاری پرستاران می گوید: «برای خیلی از خدمات پزشکی و پرستاری که یک پرستار انجام می دهد هیچ کارانه و امتیازی به پرستار تعلق نمی گیرد مانند رگ گیری که من پرستار انجام می دهم اما K امتیاز آن در کارانه پزشک ثبت می شود و کارانه اش هم برای او واریز می شود، این مشکل همانی است که در قانون مصوب تعرفه گذاری خدمات پرستاری حل شده ولی متأسفانه اجرا نمی شود.»

مریم حسینی یکی دیگر از پرستاران بیمارستان امام رضا (ع) معتقد است: «در پرداخت کارانه پرستاران بی عدالتی بسیاری وجود دارد چنانچه کارمندان بیمارستان به دو گروه پزشک و غیرپزشک به جای درمانگر و غیر درمانگر تقسیم شده است و اصلاً سختی کار پرستاران دیده نمی شود و این امر موجب می شود اختلافات فاحشی بین درآمد پزشکان و پرستاران به وجود آید و این امر با ایجاد ناراحتی میان قشر زحمت کش پرستاران روی کیفیت کار مؤثر خواهد بود.»

یکی از اعضای کمیته مطالعات پرستاری عنوان می کند: «جامعه پرستاری چیزی بیش از قانون طلب نمی کند و تنها اجرای همان قانون تصویب شده ۸

سال پیش را، آن هم با وجود تزریق این بودجه هنگفت به وزارت، خواهان است ولی نه تنها اجرایش نمی کنند بلکه برچسب های سیاسی هم به پرستاران می زنند.» این پرستار بیمارستان فارابی مشهد می افزاید: «در قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری مانند کتاب ارزش گذاری خدمات پزشکی برای خدمات پرستاری امتیازهایی در نظر گرفته شده که اگر اجرا شود، نقش مؤثری در کارانه پرستاران می گذارد ولی متأسفانه این قانون همچنان میان شورای عالی بیمه و وزارت بهداشت دست به دست می شود.» نائب رئیس نظام پرستاری مشهد هم می گوید: «در تعرفه گذاری کتابی داریم با عنوان کتاب کالیفرنیا که صراحتاً پزشکان را شامل می شود و هر اقدامی که انجام می دهند اجرتی برایشان در نظر گرفته می شود که با واحدی به نام K سنجیده و هر ساله مبلغش تعیین می شود یعنی هر عملی که آن ها انجام می دهند با ضربی از واحد K ارزش گذاری می شود.»

«مصطفی رباحی» عنوان می کند: «با توجه به اقداماتی که پرستاران در بیمارستان ها انجام می دهند قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری هم مصوب شد و قرار بود اجرا شود ولی متأسفانه تا کنون به بهانه های مختلف غیر کارشناسی چون کمبود اعتبار مانع اجرای آن شده اند، در حالی که ممانعت از اجرای قانون جرم محسوب می شود.»

به گفته وی «پیگیری های نظام پرستاری طی چند وقت اخیر به منظور اجرای این قانون و اعتراضات مختلف در سراسر کشور موجب شد که وزارت بهداشت توپ را به زمین شورای عالی بیمه بیندازد و به این شورا ابلاغ کرده که ۲۵۰ خدمت پرستاری هم در کتاب کالیفرنیا گنجانده شود ولی شورای عالی بیمه هم که زیر مجموعه های وزارت رفاه است ماه ها است پاسخ درستی به این مطالبه پرستاران نمی دهد.»

بی توجهی به قانون تعرفه گذاری پرستاران و ضرب الاجل پرداختی پزشکان!

در این میان طرح تحول نظام سلامت شرایط متفاوتی در حوزه سلامت کشور به وجود آورد، شرايطی که به گفته مسئولان و سیاست گذاران به نفع بیمار بوده و برخی از هزینه ها را از دوش او می کاهد و در عین حال اتفاقات خوبی را در بخش پرداختی های کادر درمانی فراهم می کند؛ اما انگار باز هم این شرایط نه تنها تغییری در اوضاع و شرایط و کار سخت پرستاران ایجاد کرده بلکه با اضافه کردن برخی کاغذبازی ها پرستار را از بالین بیمار دور ساخته است. از طرفی رسیدگی به دریافتی های به روز پزشکان که شکافی ۱۰۰ تا ۱۵۰ درصدی میان پزشک و پرستار فراهم کرده و موجب دل شکستگی بیشتر پرستاران شده است. امری که بعد از اجرای مرحله سوم طرح تحول اعتراضات گسترده جامعه پرستاری را در سراسر کشور به دنبال داشت.

«سید جواد توکلی» یکی از اعضای کمیته مطالعات پرستاری نیز ابراز می کند: «قانون تعرفه گذاری خدمات پزشکی در طرح تحول نظام سلامت توسط کتاب جدید با عنوان ارزش گذاری خدمات پزشکی محاسبه و پرداخت می شود تا عادت زیرمیزی پزشکان از بین برود و این امر موجب شد که کارانه دریافتی این قشر تا ۲/۵ برابر افزایش یابد و این امر به گفته وزارت بهداشت برای ایجاد انگیزه در پزشکان مناطق محروم و افزایش ماندگاری آن ها بود. پرداخت به روز کارانه پزشکان از همان ابتدای طرح انجام شد در حالی که قانون تعرفه گذاری پرستاری همچنان بلا تکلیف است.»

افزایش تجویز بستری برای درآمد بیشتر

وی می افزاید: «البته این اتفاق رخ داد و انگیزه پزشکان برای بستری بیماران هم بالا رفت و به جایی رسید که حتی بیماری که نیاز به بستری نداشت به دلیل درآمدزایی بستری شود و در عین حال خیلی از خدمات پزشکی که بیمار نیازی به آن نداشت مانند سونوگرافی و رادیوگرافی و دیگر خدمات برای او انجام شود به عبارتی یک نگاه درآمد محور به جای درمان محور در اجرای طرح تحول نظام سلامت در میان پزشکان ایجاد شد و این یکی از آسیب های این طرح به شمار می رود.»

اما چاره چیست؟

به اعتقاد توکلی «تنها راه حل این مشکل اجرای درست و بی چون و چرای قانون



میشود دهقانی

سختی کار

پرستاران در کنار
کمبود نیرو در مراکز
درمانی از یک سو
و وظایف اضافه
بر سازمانی که بر
دوش آن ها گذاشته
می شود مانند
پر کردن برگه های
اعتبارسنجی، یا
وظایف تداخلی
که از سوی برخی
پزشکان بر آن ها
تحمیل می شود از
سوی دیگر، طی
سال ها نارضایتی
پرستاران را از نظام
سلامت فراهم
ساخته است.

طرحی که قرار بود کارکنان هر بخش بیمارستانی را در درآمدهای آن بخش شریک کند تا جایی که آقاجانی دبیر ستاد کشوری بر نامه تحول نظام سلامت در خصوص آن عنوان کرده است: «طرح قاصدک یا همان سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد به گونه ای طراحی شده است که در صورت افزایش مراقبت در بخش ها به همان نسبت دریافتی پرسنل شاغل در آن بخش افزایش می یابد و به عبارتی میزان مراقبت های انجام شده در هر بخش با دریافتی کارکنان شاغل در آن بخش ارتباط مستقیم دارد.»

حسینی، پرستار بیمارستان امام رضا (ع) در خصوص طرح قاصدک می گوید: «این طرح حرف و حدیث بسیاری دارد و فرمول های پیچیده ای برای آن گذاشته شده است که هیچ کسی از آن سر در نمی آورد ولی در کل این طرح مربوط به درآمد هر بخش است که بین تعداد کارکنان آن بر اساس امتیازی که می گیرند، تقسیم می شود به عبارتی هر فردی کار بیشتر انجام دهد درآمد بیشتری کسب می کند.» وی عنوان می کند: «یکی از مشکلاتی که در این طرح وجود داشت نادیده گرفتن سوابق پرستاران بود چنانچه پرستاری که ۱۵ سال سابقه داشت و مانند یک پرستار تازه کار توانایی شیفت ایستادن را نداشت درآمد کمتری کسب می کرد که با اعتراض های انجام شده اصلاحاتی در آن روی داد.»

کمبود نیروی پرستار در کنار تحمیل وظایف تداخلی

سختی کار پرستاران در کنار کمبود نیرو در مراکز درمانی از یک سو و وظایف اضافه بر سازمانی که بر دوش آن ها گذاشته می شود مانند پر کردن برگه های اعتبارسنجی، یا وظایف تداخلی که از سوی برخی پزشکان بر آن ها تحمیل می شود از سوی دیگر، طی سال ها نارضایتی پرستاران را از نظام سلامت فراهم ساخته است.

«مصطفی ریاحی» نائب رئیس نظام پرستاری مشهد معتقد است: «بر اساس استانداردهای جهانی به ازای هر چهار بیمار باید یک پرستار باشد تا بتواند خدمات لازم و باکیفیت را به بیمار ارائه دهد در حالی که در ایران تعداد پرستاران نصف این آمار است. اگر یک پرستار را با ۲۰ بیمار مواجه کنید نمی تواند معجزه کرده و از کیفیت خدماتش کاسته می شود در نتیجه سلامت آن پرستار و بیمارمان به خطر می افتد.»

نوعانی هم معتقد است: «افزوده شدن برخی کاغذبازی ها و پر کردن فرم هایی با عنوان اعتبارسنجی در کنار کمبود نیروی انسانی در تیم پرستاری تنها

است هر چند چندین مرتبه قول اجرای پایلوت این قانون داده شد اما متأسفانه این قانون فقط بین وزارت بهداشت و شورای عالی بیمه پاس کاری می شود.» توکلی می گوید: «اختلاف دریافتی پزشک و پرستار در ایران نسبت به دیگر کشورها که ۲ تا ۳ برابر است، بسیار بالاست و در برخی پزشکان خاص تا ۳۰۰ برابر هم می رسد و از هیچ قانونی تبعیت نمی کند ولی متأسفانه با وجود سختی کار پرستاران و مواجه مستقیم با انواع بیماری و مواجه با بیماران در صف آخر دریافتی تیم در مانگر قرار دارد.»

به اعتقاد توکلی «اگر قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری اجرایی شود روی کیفیت کار پرستاران هم تاثیر بسزایی خواهد داشت چرا که سبب ایجاد انگیزه و افزایش رقابت میان پرستاران می شود که قرار است کاری که انجام می دهند پولش به خود آن ها تعلق گیرد.»

یکسانی حقوق در تیم پرستاری

وی اظهار می کند: «در تیم پرستاری در حال حاضر کمک بهیار، بهیار، پرستار و ارشد پرستاری همه در یک رده حقوق دریافت می کنند چون احکام حقوقی صادر شده بر اساس قوانین اسلامی است و تفاوت میان دیپلم، فوق دیپلم و لیسانس در حد تعارفی قرار دارد و حداکثر تا ۶۰۰ هزار تومان اختلاف وجود خواهد داشت.»

ریاحی نیز همچون سایر پزشکان معتقد است که تنها راه حل موجود اجرای قانونی است که مصوبه شده و عنوان می کند: «اگر به این قوانین گردن نهاده نشود سنگ روی سنگ بند نشده، اعتماد عمومی خدشه دار می شود، اکنون جامعه پرستاری به شدت نسبت به شغلش احساس ناامنی می کند و در چنین شرایطی نمی تواند خدمات با کیفیت ارائه دهد.»

طرح قاصدک به جای قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری!

این در حالی است که وزارت بهداشت به جای اجرای قانون تعرفه گذاری دست به دامان طرح دیگری به نام قاصدک شد طرحی که همه کارکنان با هر نوع رابطه استخدامی (رسمی، پیمانی، طرحی، قراردادی و شرکتی) اعم از گروه های پرستاری و پشتیبانی و همه کادر پرستاری، شامل پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران و تکنسین های اتاق عمل و بیهوشی و همچنین کارشناسان شاغل در بخش های پاراکلینیک و کارکنان پشتیبانی و خدماتی از مزایای آن بهره مند شوند.



جامعه‌پرستاری
از دو سال پیش
شروع به مطرح
کردن مشکلات
زیرساختی وزارت
بهداشت کرد
و این امر به مزاج
وزارت نشینان
خوش نیامد لذا
وزارت بهداشت
که اکثریت آن‌ها را
پزشکان تشکیل
می‌دهند، تمام
تلاش خود را به
کار بردن تا سیستم
پرستاری را با
چالش مواجه کنند

موجب شده است که پرستار از بالین بیمار جدا شود و در نتیجه بر خستگی پرستار و کاهش کیفیت خدمات می‌افزاید هر چند باز هم پرستار خود را موظف می‌داند که به همه وظایف خود در قبال بیمار رسیدگی کند. «وی می‌گوید: «در حال حاضر تعداد پرستاران نسبت به گذشته در بخش‌های مختلف بیمارستانی تا حدودی افزوده شده است اما باز هم چون استانداردهای جهانی در قبال تعداد بیمار و پرستار و سختی کار رعایت نمی‌شود، من پرستار آن‌طوری که باید از کار خود در پایان شیفت رضایت داشته باشم، ندارم. «حسینی هم که خود پرستار بخش مراقبت‌های ویژه است، ابراز می‌کند: «پرستاری که در بخش مراقبت‌های ویژه فعالیت می‌کند باید نسبت به دیگر بخش‌ها ویژه‌تر کار کند و این نیاز دارد که تعداد پرستاران و شرایط کاری آن‌ها هم به استانداردهای جهانی نزدیک‌تر باشد و ولی متأسفانه این اتفاق رخ نمی‌دهد و با وقوع بحران و افزایش تعداد بیماران ما به مشکل برمی‌خوریم چون نیرویی برای جایگزین کردن وجود ندارد و این امر مسلماً بر کیفیت کار مؤثر است.»

طرح‌های جدید استخدام پرستار؛ از نادیده‌گیری پرستاران بیکار تا پایداری سلامت جامعه

کمبود نیرو آن‌هم در کادر درمانی و تیم پرستاری، خستگی پرستاران و عدم توان کافی برای پاسخ به همه بیماران، کاهش کیفیت خدمات پرستاری و شیوع بیماری‌های واگیردار که جان پرستاران را به خطر می‌اندازد، از جمله مشکلات پرستاران در نظام سلامت است، وزارت بهداشت برای جبران این مشکل طرحی را تصویب کرد که طی آن بیمارستان‌ها خود اقدام به تربیت نیروی پرستار کنند و همچنین طی فراخوانی افرادی که علاقه‌مند به پرستاری هستند با صرف هزینه در مدت یک سال آموزش‌های پرستاری را دیده و در مراکز درمانی مشغول به کار شوند. توکلی در این باره نکته جالبی را می‌گوید: «طرح تربیت پرستار با بهیار یک‌ساله کاملاً برخلاف قانون است، در این طرح هر دیپلمه‌ای از هر رشته‌ای حتی با معدل ۱۲ با هزینه‌ای برابر ۵ میلیون و ۶۰۰ ثبت‌نام کرده است که با اعتراض سازمان بازرسی به ۳ میلیون و ۶۰۰ تقلیل یافت، به عبارتی این طرح یک اجحاف عمومی بود چرا که خیلی‌ها با مدارک حتی فوق‌لیسانس به امید یافتن شغل در آن شرکت کردند.»

وی عنوان می‌کند: «این در حالی است ما در حال حاضر ۴۰ هزار کمک بهیار آموزش دیده داریم که به کارگیری نشده‌اند و نیازی به تربیت مجدد و دریافت هزینه‌ای از مردم وجود ندارد، طرح تربیت پرستار بیمارستانی هم کاملاً عجولانه بود و با اعتراضات شدید جامعه پرستاری مواجه شد.»

حسینی هم می‌گوید: «استخدام افرادی که تنها یک سال آموزش غیرآکادمیک دیده باشند هیچ‌گاه مانند یک پرستار با چهار سال آموزش نمی‌تواند به ارائه خدمات بپردازد و این امر مسلماً جان بیمار را به خطر می‌اندازد و درست به همین دلیل جامعه پرستاری کشور به آن اعتراض کرد.»

اما آیا استخدام نیروهایی که آموزش کافی و لازم را ندیده‌اند و صرف هزینه‌ای مجدد با تربیت مجدد نیرویی توسط خود بیمارستان‌ها چاره کار است؟ طرح پرستار یک‌ساله چقدر می‌تواند جوابگوی نیاز مراکز درمانی کشور باشد؟ و در این میان تکلیف پرستاران بیکاری که به شکل دانشگاهی آموزش دیده‌اند چه

می‌شود؟ اصلاً پشت پرده این طرح چیست؟

نائب رئیس نظام پرستاری مشهد می‌گوید: «جامعه پرستاری از دو سال پیش شروع به مطرح کردن مشکلات زیرساختی وزارت بهداشت کرد و این امر به مزاج وزارت‌نشینان خوش نیامد لذا وزارت بهداشت که اکثریت آن‌ها را پزشکان تشکیل می‌دهند، تمام تلاش خود را به کار بردن تا سیستم پرستاری را با چالش مواجه کنند. «ریاحی می‌افزاید: «آن‌ها از ظرفیتهایی که در این راستا بهره بردند که تا حدی مغفول مانده بود و با بحث‌های غیر کارشناسانه کمبود پرستار در بیمارستان‌ها را مطرح کردند، در حالی که حرفی از تعداد پرستاران بیکار نزدند؛ خود ما از طریق چند رسانه به پرستاران بیکار برای ثبت‌نام در سایت نظام پرستاری فراخوان دادیم و در هفته اول ۱۱ هزار پرستار ثبت‌نام کردند، این یعنی ما کمبود پرستار آموزش دیده نداریم.»

وی می‌افزاید: «مشکل اینجاست که وزارت بهداشت به جای افزایش ظرفیت پست‌های درمانی برای به کارگیری پرستاران فقط بحث کمبود پرستار را تنها با هدف باز کردن راه خود برای تربیت پرستار یک‌ساله مطرح می‌کند و حاضر است سلامتی مردم را به خطر بیندازند.»

ریاحی یکی از انگیزه‌های طرح چنین دوره آموزشی برای تربیت پرستار را افزایش آشنایی پرستاران و اخلاقیات و تأمین مالی و منافع جامعه پزشکی می‌داند و می‌افزاید: «وزارت‌نشینان با چنین طرح‌هایی فقط دارند روی سلامتی مردم معامله کنند چرا که برای ورود به دانشکده پرستاری رتبه کنکوری بین ۴ تا ۵ هزار لازم است و این بدان معنا است که افرادی با ضریب هوشی بالا برای این شغل نیاز است.»

وی می‌گوید: «با اجرای چنین طرحی سطح جامعه پرستاری افت پیدا می‌کند و در نتیجه باز هم سلامتی جامعه به خطر می‌افتد چرا که در این طرح هر فردی با داشتن دیپلم و حتی معدل پایین می‌تواند شرکت کند؛ اما در جلسه‌ای که همه روسای دانشکده‌های پرستاری و کمیسیون تخصصی آموزش پرستاری در آن حضور داشتند با این مدل تربیت پرستار مخالفت شد و قرار شد که تربیت پرستار برای بیمارستان‌ها را دانشکده‌های پرستاری بر عهده بگیرند. بیمارستان‌ها تعداد کمبود پرستار خود را اعلام کنند و موافقت آن را از منابع انسانی وزارت بهداشت بگیرند، دانشکده پرستاری نیز نیروی موردنیاز را برای آن‌ها تربیت و در اختیارشان می‌گذارد.»

به گفته نوغانی هم «تصویب و اجرای این چنین طرح‌هایی از جانب وزارت بهداشت و درمان کشور تنها سنگ‌اندازی‌هایی جلوی راه پرستاران است که به اختلافات زیاد میان کارانه‌های دریافتی تیم درمانی اعتراض کردند و به دنبال حق و حقوق خود اجتماعات گسترده‌ای تشکیل دادند.»

وی در خصوص این طرح می‌گوید: «در بحبوحه اعتراضات پرستاران نسبت به تعرفه گذاری‌های خدمات پزشکی و پرستاری شنیده می‌شد که بعضاً برخی از پزشکان عنوان می‌کردند اگر شما پرستاران نباشید ما پرستار از سر خیابان می‌آوریم. لذا برای پاسخ غیرمنطقی به اعتراضات پرستاران طرح‌هایی من‌درآوردی به جای احترام به قانون و اجرای قانون هشت‌ساله تعرفه گذاری اجرا کردند.»

خبر مرتبط



واکنش وزیر بهداشت به طرح تربیت پرستار یک ساله

دکتر سید حسن هاشمی در واکنش به اجرای طرح تربیت پرستار یک ساله و اعتراض جامعه پرستاری کشور، گفت: این هم از آن موضوعاتی بود که بد رسانه‌ای شد و برداشت اشتباه از آن کردند.

وی توضیح داد: پرستار جایگاهش رفیع‌تر از آن است که در ایران شاهد هستیم. مشکل اینجاست که اجازه ندادند این رشته به عنوان واسطه بین بیمار و پرستار قرار گیرد.

وزیر بهداشت گفت: اکنون همراه بیمار در بیمارستان کار کمک بهیار و بهیار را می‌کند، شب کنار تخت بیمار بیدار می‌ماند، او را به آزمایشگاه و... می‌برد. این‌ها کار همراه بیمار نیست، وظیفه بهیار و کمک بهیار است. در آمریکا دوره تربیت این افراد ۴ ماهه است، ما می‌گوییم یک سال.



گفت‌وگو بایکی از فعالان
بخش خصوصی سلامت درباره مدیریت
بیمارستان‌ها در بخش خصوصی و دولتی

رقابت نابرابر

گفت‌وگو
علی احمدی

با اجرای طرح تحول نظام سلامت تمرکز بر خدمات درمانی دولتی بیشتر شد و مردم نیز به سراغ مراکز و بیمارستان‌های دولتی رفتند، یکی از اهداف این طرح نیز ترغیب پزشکان برای فعالیت در بخش دولتی و کاهش هزینه پرداختی از جیب مردم بود، لذا تعرفه‌های بخش دولتی افزایش پیدا کرد، این سبب به وجود آمدن رقابتی بین بخش‌های خصوصی و دولتی در ارائه خدمات، افزایش تعرفه‌ها و غیره شد. با این حال برنامه جامع و مشخصی برای بخش‌های خصوصی در نظر گرفته نشد. در گفت‌وگو با دکتر محمود یعقوبی، دکترای علوم آزمایشگاهی و رئیس بیمارستان خصوصی تخت جمشید در کرج وضعیت بیمارستان‌های خصوصی را بررسی کردیم، یعقوبی از وضعیت فعلی بخش خصوصی ایران نگرانی می‌کند و مدعی است که به علت شرایط بد اقتصادی و نبود سیاست و برنامه واحد فعالیت بخش خصوصی دچار مشکل شده است، در حالی که در جهان بخش خصوصی پیشگام نوآوری و خلاقیت است. وی بیش از ۲۵ سال است که در حوزه مدیریت و راهاندازی بیمارستان‌های خصوصی فعال است. بهره‌مندی از دوره‌های آموزشی در خارج از کشور پیرامون مسائل اعتباربخشی و اقتصاد سلامت از وی یک چهره موفق و صاحب ایده ساخته است. در ادامه این گفت‌وگو را بخوانید.

❖ با توجه به اجرای طرح تحول در بیمارستان‌های دولتی، وضعیت فعالیت بخش خصوصی در حوزه سلامت چگونه است؟

❖ اخیراً، شرایط سخت شده است، سرانه اقتصادی مردم در شرایط نامناسبی قرار گرفته و سود فعالیت‌ها در کشور به خصوص فعالیت‌های درمانی کم شده است چون که عمده دستگاه‌ها و وسایل و کیت‌های مورد نیاز از خارج کشور می‌آید و هزینه‌ها سه تا هفت برابر شد، مثلاً یک کیت که قبلاً یک میلیون تومان بوده، الان با سه و نیم میلیون تومان خریداری می‌شود در حالی که تعرفه آن حداکثر ۱۵ درصد اضافه شده است بنابراین رغبتی برای رفتن سرمایه‌گذاران به سمت احداث بخش خصوصی وجود ندارد. الان هم حاکمیت، بخش دولتی را از لحاظ هتلینگ و خدمات درمانی و همچنین تعرفه بهبود بخشیده است و به طور مثال به یک پرستار در بخش دولتی بین ۲/۵ تا بالای ۴ میلیون تومان پرداخت می‌شود در حالی که در بخش خصوصی مطابق با قانون کار حداکثر ۱/۵ تا ۲ میلیون تومان دریافت می‌کند. در واقع سیاست وزارت بهداشت تقویت بخش دولتی است، این در حالی است که در کشورهای پیشرفته بخش خصوصی سازوکار خود را دارد و اساساً بخش خصوصی پیش‌تاز در عرصه‌های دانش است و به عنوان قطب‌های علمی است نه بخش دولتی.

❖ به نظر شما بستر قانونی برای فعالیت کسانی که پزشک نیستند و دارای انگیزه برای مشارکت در بخش خصوصی هستند، فراهم است؟

❖ به نظر من برای تأسیس بخش خصوصی می‌توانند افرادی غیر از پزشکان مانند مهندسان یا حتی سرمایه‌گذاران داخلی و خارجی اقدام کنند.

❖ برای برون‌رفت بخش خصوصی از رکود فعلی چه راهکاری وجود دارد؟

❖ کار فردی به جایی نمی‌رسد و به تشکیل شبکه‌ها نیاز دارد. در تمام دنیا ارتقای کیفیت بسیار هزینه‌بر شده و امکان افزایش درآمد در قالب افزایش تعرفه‌ها سخت شده است چون که مراکز متعددی به صورت رقابتی وجود دارد لذا بیمارستان خصوصی باید کیفیت ارائه خدمت را بالا ببرد و گر نه از بازار حذف خواهد شد که این افزایش کیفیت هزینه‌بر است. در این شرایط اقتصادی سخت، تنه‌راهی که وجود دارد تشکیل زنجیره‌ها و شبکه‌های بیمارستانی، آزمایشگاهی و... است. شبکه‌های موفق این کار است، آزمایشگاه‌ها نیز به صورت شبکه‌ای است و یک آزمایشگاه مرجع دارد که کنترل کیفی و خرید مواد را یکپارچه انجام می‌دهند، در این حالت هزینه‌ها ۳۰-۲۰ درصد کم می‌شود و امکان رقابت ایجاد می‌گردد. اما به وجود آمدن این شرایط مستلزم حضور دیدگاه اقتصادی در مسئولین است. در بسیاری از کشورها وزیر بهداشت پزشک نیست و نگاه کلان اقتصاد درمان و سلامت را خوب می‌شناسد، در واقع وزیر بهداشت در دنیا دارای سواد مدیریتی در نظام سلامت است. در ایران نیز خوشبختانه وزیر بهداشت به دلیل این که در بخش خصوصی فعالیت داشته‌اند، این بخش را به خوبی می‌شناسند و سیاست ایشان نیز در راستای تشکیل این زنجیره‌ها و شبکه‌هاست اما هنوز اجازه داشتن شعبه به زنجیره‌ها داده نشده است، در صورتی که منع قانونی ندارد و احتمالاً وزارت بهداشت این مشکل را حل خواهد کرد. البته نگرانی‌هایی برای کسانی که بخش خصوصی را هاندازی کرده‌اند وجود دارد که امکان تضعیفشان با احداث این زنجیره‌ها وجود دارد که درست است اما راه حل دارد. باید اجازه داده شود که زنجیره‌ها، شبکه تشکیل دهند و این افراد نیز به صورت سهام‌دار یا درازای پرداخت هزینه‌ها وارد شبکه بشوند، با این کار می‌توانند از برند شبکه استفاده کنند که خود این قضیه باعث ایجاد ۵ برابر برای درآمد نسبت به هزینه مورد نظر می‌شود و کیفیت، ضمانت و سرعت کارشان را بالاتر خواهد برد. در کشورهای توسعه‌یافته، بیمه‌ها حرف اول را می‌زنند، در کشور ما نیز پوشش بیمه‌های افزایش یافته است. در تمام دنیا بیمه‌ها با مراکز درمانی برای تعرفه به توافق می‌رسند و دولت تعرفه گذاری نمی‌کند یعنی با این کار هم بیمه هم بیمه‌گذار و هم ارائه‌دهندگان خدمت راضی هستند. برای این کار نیاز به بیمه‌های رقابتی وجود دارد و مثلاً بیمه تأمین اجتماعی که به اندازه کافی بیمه‌گذار دارد تمایلی به توافق تعرفه با مراکز درمانی ندارد. الان مثلاً یک خدمت آزمایشگاهی ۱۷ هزار تومان است ولی یکی از بیمه‌ها به صورت توافقی با ۱۰ درصد تخفیف در

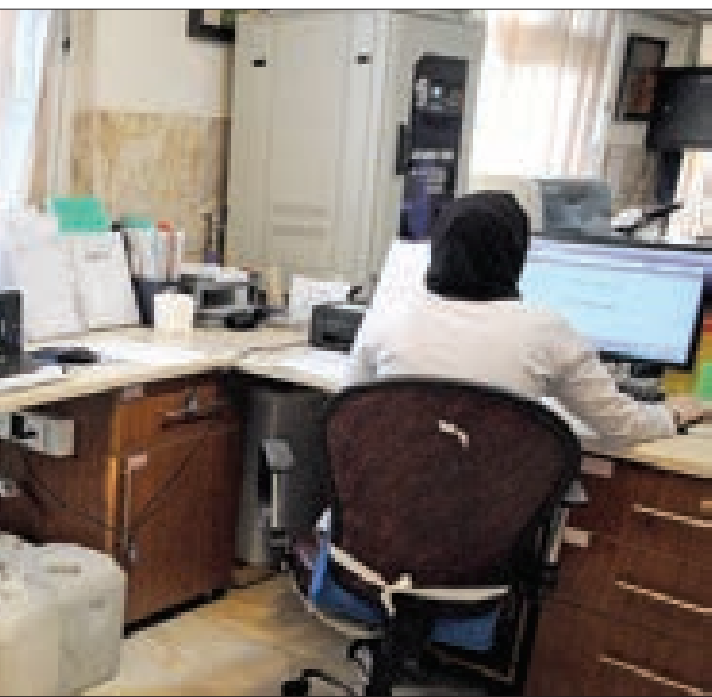
قیمت با ما قرارداد می‌بندد که در این شرایط که تأخیر پرداختی سایر بیمه‌ها وجود دارد، این تخفیف بیمه مورد نظر را قبول می‌کنیم. به دنبال آن بیمه‌هایی ممکن است با درخواست ۲۰ درصد تخفیف بیایند و قرارداد ببندند. در آمریکا آزمایشگاه‌های زنجیره‌ای با ۴۴ هزار نیرو وجود دارد که فقط ۱۰ درصد سود می‌کند چون با بیمه‌های زیادی به صورت توافقی و با تخفیف قرارداد بسته‌اند، بنابراین مراکز به صورت تکی وارد بازار سلامت نمی‌شوند چون توانایی این گونه توافقات را ندارند.

❖ در بسیاری از کشورهای دنیا، اختلاف تعرفه بخش خصوصی و دولتی خیلی زیاد نیست و تفاوت تعرفه نیز به خاطر سود سرمایه و استهلاک است. علت اختلاف زیاد تعرفه‌ای بین بخش دولتی و خصوصی در کشور ما چیست؟

❖ در کشور ما نیز اختلاف زیاد نیست، در بخش دولتی، سرمایه بخش را دولت پرداخت می‌کند. الان اگر بخواهیم یک بیمارستان ۱۰۰ تخت خوابی در تهران یا البرز بسازیم، خرید زمین و ساخت حدود ۴۰ تا ۵۰ میلیارد تومان هزینه نیاز دارد، همچنین ۳۰ تا ۴۰ میلیارد هم برای تجهیز باید پرداخت شود و در مجموع حدود ۱۰۰ میلیارد تومان باید هزینه شود. تجهیزات دارای استهلاک ۱۰ درصدی و تأسیسات دارای استهلاک ۵ درصدی است و باید پس از مدتی برای اصلاح این استهلاک، جایگزینی صورت بگیرد که در بخش دولتی هزینه این استهلاک توسط دولت پرداخت می‌شود ولی بخش خصوصی باید خودش این هزینه را بدهد. در بخش دولتی، حقوق کارکنان توسط دولت پرداخت می‌شود ولی در بخش خصوصی باید از درآمد خود بخش این حقوق پرداخت شود. اگر این دو مورد را کنار بگذاریم، تعرفه‌ای که بخش خصوصی می‌گیرد خیلی کمتر از بخش دولتی است. اگر هزینه‌های ساخت و استهلاک بخش خصوصی توسط دولت پرداخت شود، طبیعتاً تعرفه این بخش هم پایین می‌آید.

❖ این موارد را که اشاره کردید مربوط به ساخت و تجهیزات بود اما اختلاف در پرداخت حق فنی در بخش دولتی و خصوصی چگونه است؟ یعنی اختلاف درآمد پزشک در بخش خصوصی و دولتی طبیعی است یا آسیب‌زا؟

❖ مثلاً آنژیوگرافی را در نظر بگیرید که هزینه آن در بخش دولتی و خصوصی حدوداً ۱ به ۳ است یعنی اگر در بخش دولتی انجام شود، هزینه آن مثلاً ۱ میلیون تومان می‌شود و با بیمه بیمار ۲۰۰ هزار تومان پرداخت می‌کند و در بخش خصوصی هزینه ۳ تا ۳/۵ میلیون تومان می‌شود که بیمار با استفاده از بیمه پایه و تکمیلی حدود ۵۰۰ هزار تومان پرداخت می‌کند. حال حق فنی در این مثال در بخش دولتی ۲۰۰ تا ۲۵۰ هزار تومان و در بخش خصوصی حدود ۸۰۰-۷۰۰ هزار تومان می‌شود یعنی همان تناسب ۱ به ۳ وجود دارد. پزشکی که در بخش دولتی فعالیت می‌کند برای این فعالیت هزینه‌ای پرداخت نکرده ولی پزشکی که در بخش خصوصی مشغول به کار است هزینه‌ای را جهت



خرید سهام پرداخت کرده است؛ بنابراین تفاوت حق فنی در بخش خصوصی و دولتی فقط به خاطر همین پرداخت هزینه توسط پزشک در بخش خصوصی است که منطقی می‌باشد، در حال حاضر نیز بخش خصوصی در شرایط سخت‌تری قرار گرفته چون که تعداد خدماتی را که ارائه می‌دهد کاهش یافته و از طرفی بخش دولتی نیز تقویت شده است.

❖ اگر که دولت سیاست‌های حمایتی مانند خرید زمین یا پرداخت هزینه‌های استهلاک را برای بخش خصوصی اجرا کند آیا بخش خصوصی تمایل دارد که با تعرفه‌های دولتی فعالیت کند؟

❖ یک طرحی وجود داشت که دولت از بخش خصوصی حمایت می‌کرد و به او وام می‌داد اما درخواست داشت که تعرفه بخش خصوصی در این حالت ۲۰ درصد بالاتر از بخش دولتی باشد که در واقع این ۲۰ درصد برای استهلاک است. همچنین دولت تضمین کرده بود که بیماران را به این بخش ارجاع دهد، این مدل تاکنون خیلی اجرایی نشده است.

❖ شما به عنوان فردی که در بخش خصوصی هستید آیا این کار را که دولت هزینه زمین، تجهیزات و ... را متقبل شود، مناسب می‌دانید، در واقع فقط مدیریت توسط بخش خصوصی صورت بگیرد؟

❖ برای بخش خصوصی یک نگرانی وجود دارد و آن هم عدم ثبات در تصمیم‌گیری‌های اقتصادی است. این تصمیم‌گیری‌ها باید در قوانین توسعه آورده شود و کاملاً اجرایی گردد. بخش خصوصی الآن دچار مشکلات عدیده‌ای است. از عید امسال تا الآن بیمه تأمین اجتماعی، پولی به بیمارستان‌های خصوصی نداده است در حالی که موظف است بعد از دریافت اسناد بیمارستان، دو روز بعد ۶۰ درصد و ۴۵ روز بعد ۴۰ درصد هزینه را به بیمارستان بدهد، سایر بیمه‌ها نیز همین مشکل را دارند، با این وجود ما باید در بخش خصوصی حقوق کارمندان را به موقع بدهیم و با تأخیر تعهدات بیمه‌ها مجبور می‌شویم که برای پرداخت این حقوق، وام بگیریم.

❖ نکته مهمی که برای خدمات سلامت وجود دارد بحث شفافیت است که به کیفیت خدمات کمک فراوانی می‌کند. نظر شما چیست؟

❖ روند بهداشت و درمان کشور در حال قرارگیری در یک مسیر درست است ولی با حالت مطلوب فاصله دارد. در تمام دنیا، وقتی که بیمارستان‌ها فعالیت می‌کنند، دولت سعی می‌کند که تصدی‌گری خودش را به حداقل برساند که متأسفانه در کشور ما این‌طور نیست. بیمارستان‌های دولتی با کیفیت و سرعت پایین و ساختار مدیریتی سنتی مانعی برای این کار هستند. از طرفی در تمام دنیا سازمان‌هایی مستقل یا NGOهایی مثل JCI هستند که کارشان استانداردسازی با نظارت وزارت بهداشت است و همچنین به عنوان یک

سازمان مستقل و فوق حرفه‌ای، ضمن دریافت هزینه‌ای، مراکز درمانی را رتبه‌بندی می‌کنند. بیمارستان‌ها می‌توانند داوطلبانه از این سازمان‌های مستقل درخواست ارزیابی بیمارستانشان را بدهند که آن‌ها بدون توجه به نوع بیمارستان (خصوصی-دولتی و ...) شروع به ارزیابی بر اساس استانداردها می‌کنند و آن را به دنیا ابلاغ می‌کنند. در کشور ما تبیین استانداردها، ابلاغ آن و ارزیابی بیمارستان‌ها توسط وزارت بهداشت صورت می‌گیرد و طبیعی است که بیمارستان‌های دولتی که زیر نظر وزارت بهداشت هستند به درستی ارزیابی و اعتباربخشی نمی‌شوند، یعنی یک بیمارستان خصوصی با استانداردهای بالا و هزینه‌های زیاد و یک بیمارستان دولتی با استانداردهای بسیار پایین‌تر هر دو درجه یک می‌شوند. این امر باعث شده که بخش خصوصی نتواند رقابت کند، اعتباربخشی در تمام دنیا توسط یک سازمان که ذینفع نیست صورت می‌گیرد. این رتبه‌بندی‌ها می‌تواند باعث تشکیل یک اختلاف تعرفه شود که بسیار منطقی است و کار را رقابتی می‌کند. همچنین باعث می‌شود که دولت، امکانات و حمایت‌ها را برای مراکز دارای اعتبار بالا صرف کند و آن مرکز در سطح بین‌المللی رشد پیدا می‌کند. در اعتباربخشی در کشور ما بیشتر موارد کمی مانند نسبت تخت به کارکنان یا وسایل ایمنی و ... بررسی می‌شود در حالی که باید کیفیت مورد بررسی قرار بگیرد. البته بررسی کیفیت به این صورت که مثلاً پرستار باید خدمات را مستندسازی کند و بررسی شود صورت می‌گیرد که این کار به ارائه خدمت پرستار لطمه می‌زند. اعتباربخشی در حال تعدیل و بازبینی است که بهتر شده ولی تا زمانی که وزارت بهداشت اعتباربخشی می‌کند، شرایط عوض نمی‌شود.

❖ آیا الآن هزینه تمام‌شده خدمات در بخش خصوصی محاسبه شده است که براساس آن پرداخت صورت بگیرد؟

❖ الآن دولت تیم‌های کارشناسی دارد و حتی گاهی از ما هم نظر می‌خواهند و در نهایت تعرفه‌ها را به شورای عالی بیمه پیشنهاد می‌دهند. در حال حاضر جهت‌گیری این کارهای کارشناسی مناسب شده است. البته تعرفه آزمایشگاه‌ها دو سال است که بالا رفته و وضعیت نامناسبی دارد در حالی که هزینه مواد ۲ یا ۳ برابر بالا رفته و هزینه کارکنان نیز حداقل ۲۵ درصد افزایش داشته است. در سایر بخش‌ها افزایش تعرفه داشته‌ایم ولی هنوز واقعی نشده است، البته ممکن است یک سیاست دولت این باشد که مراکز تکی حذف شوند و به سمت شبکه روی بیاورند که قابل تقدیر است. به هر حال در این شرایط بیمارستان خصوصی مجبور می‌شود که کیفیت را پایین بیاورد یا این که تعرفه را بالا ببرد و گزینه ورشکست می‌شود، اقتصاد درمان می‌گوید که بیمارستان نمی‌تواند خودش را توسعه دهد بلکه در بهترین حالت می‌تواند وضعیت موجود را حفظ کند. ساخت بیمارستان صرفه اقتصادی ندارد ولی جایگاه اجتماعی دارد و مردم نیاز دارند بنابراین دولت باید حمایت کند. الآن ۸۰ الی ۱۰۰ هزار تخت در کشور کمبود وجود دارد و با بودجه دولتی نهایتاً ۲ هزار تخت می‌توان اضافه کرد یعنی نیاز امروز را در ۴۰ سال آینده می‌توان تأمین کرد، بنابراین بخش خصوصی باید وارد کار شود.

❖ همان‌طور که می‌دانید بخش خصوصی در کشور صرفاً در بخش درمان فعالیت می‌کند و فعالیتی در زمینه بهداشت و پیشگیری ندارد در حالی که مثلاً در آمریکا بخش خصوصی در حوزه بهداشت و آموزش به خانواده‌ها و ... وارد شده است. نظر شما برای بهبود این امر چیست؟

❖ در آمریکا مؤسسان و مدیران مرکز mayoclinic با اجرای طرح‌های مناسب و پس از ارائه خدمات به سود بسیار خوبی می‌رسند، آن وقت احساس می‌کنند که می‌توانند طرح‌های بهداشتی بلندمدت را نیز اجرا کنند که یک عمل کاملاً انسانی دوستانه برای بخش خصوصی است. الآن بخش خصوصی در کشور ما علاوه بر این زمینه‌سازی‌های فرهنگی، نیاز به تسهیل قوانین و مقررات دارد، الآن در مرکز جان هاپکینز ترکیه رئیس بیمارستان پزشک نیست و حتی سرپرستار، پرستار نیست و فوق‌لیسانس مدیریت بیمارستانی است، در کشور ما نیز حرکت به این سمت بالاخره انجام خواهد شد و مدیران پزشک مجبور خواهند شد که دوره‌های آموزشی مدیریت را بیاورند یا از مشاوران مدیریتی استفاده کنند.





کیفیت خدمات بیمارستانی؛ شاخص توسعه یافتگی

گزارش
آرمان عبدالحی

هر از گاهی در فضای رسانه‌ای کشور مواردی از نقص در خدمات بیمارستانی طرح می‌گردد. مواردی چون: انجام عمل جراحی در موضع نادرست، تحویل اشتباه نوزادان به والدین، مرگومیر بیماران بر اثر غفلت و قصور کادر درمانی، رهاسازی بیماران در کنار خیابان‌های دور از دسترسی و... که معمولاً از سوی مسئولان مربوطه در قالب یک سنت متداول مورد تکذیب قرار گرفته و سپس قول‌هایی مساعد برای پیگیری ارائه می‌شود. این در حالی است که مراکز خدمات بهداشتی و درمانی، نقش اساسی و مهمی در رشد و توسعه کشورها ایفا می‌کنند. مهم‌ترین هدف مراکز مذکور، ارائه خدماتی رضایت‌بخش، مقرون‌به‌صرفه، مطابق با استانداردهای علمی و با روشی خوب و در کمترین زمان ممکن هست. امروزه نگهداشت، بهبود و ارتقاء سطح خدمات بهداشتی از خواسته‌های جامعه بوده و این مسئله به‌عنوان یکی از شاخصه‌های توسعه‌یافتگی کشورها محسوب می‌شود.

ایمنی، اثربخشی، بیمار محوری، به‌موقع بودن و عادلانه بودن.

اهمیت کیفیت خدمات هتلینگ و بهداشتی درمانی

آنچه در فضای سنجش کیفیت به‌ویژه از سوی مراجعین به بیمارستان‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد کیفیت خدمات هتلینگ می‌باشد. شاید بتوان این امر را به دلیل ملموس بودن خدمات هتلینگ دانست، چراکه خدمت‌گیرندگان و کارشناسان بدون نیاز به اطلاعاتی پیچیده و سطح بالا می‌توانند برآوردی از کیفیت چنین خدماتی ارائه نمایند. این در حالی است که خدمات بهداشتی درمانی فی‌نفسه جنبه‌های حیاتی و فیزیکی و روحی بیماران را مورد توجه قرار می‌دهد از این منظر و در مقام مقایسه ضمن اهمیت جنبه هتلینگ، کیفیت مراقبت‌های تخصصی به‌مراتب از اهمیت بیشتری برخوردار خواهد بود.

کیفیت خدمات بیمارستانی در ایران و مقایسه آن با جهان

نکته قابل توجه تأثیرات اقتصادی ناشی از سطح پایین کیفیت خدمات بیمارستانی است، به‌گونه‌ای که برآورد می‌شود به‌واسطه عوارض درمانی در کشور انگلستان سالانه بیش از ۶ میلیارد دلار و در کشور آمریکا سالانه ۲۹ میلیارد دلار هزینه ایجاد می‌گردد. این در حالی است که در تمامی گزارشات

مأموریت‌های اصلی بیمارستان‌ها

از این‌رو می‌توان مأموریت اصلی بیمارستان‌ها را تأمین مراقبت برای بیماران و برآوردن نیازها و انتظارات آن‌ها دانست. برآوردن این رسالت مهم مستلزم نهادینه شدن کیفیت در بیمارستان‌ها هست. خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت وقتی با دقت و درست‌ارائه شوند منجر به رضایت بیماران، افزایش روحیه کارکنان و کاهش هزینه‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی خواهد شد. نظام ملی بهداشت انگلیس (NHS) کیفیت مراقبت بهداشتی را به این صورت تعریف کرده است: تأمین خدمات درست به افراد مناسب در زمان مناسب، با شیوه مناسب و علمی در حد توان متوسط افراد جامعه و با روش انسانی.

تعریفی از خدمات بیمارستانی

به‌منظور بررسی کیفیت خدمات بیمارستانی می‌بایست شناخت دقیقی از ابعاد و جنبه‌های خدمات بیمارستانی داشت. در یک دسته‌بندی کلی می‌توان گفت خدمات بیمارستانی به‌عنوان یکی از اجزاء خدمات بهداشتی-درمانی شامل دو بخش کلی خدمات هتلینگ (امکانات بستری، تغذیه و...) و خدمات تخصصی (خدمات ویزیت و جراحی و مراقبت‌های پرستاری و...) هست که بر اساس متون علمی ابعاد کیفیت خدمات بیمارستانی ناظر به هر دوی این خدمات هست. ابعاد کیفیت خدمات بیمارستانی عبارت‌اند از:

منتشره از سوی سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی اشاره شده است وضعیت خدمات درمانی نامطلوب در کشور‌های در حال توسعه (شامل کشور ایران) به مراتب بدتر بوده اما متأسفانه داده و اطلاعاتی موجود نیست. بنابر این می‌توان گفت چنانچه در توسعه یافته‌ترین نظام‌های سلامت کیفیت خدمات بیمارستانی چنین باشد، ترسیم و برآوردی از وضعیت کیفیت خدمات در بیمارستان‌های کشور کار دشواری نخواهد بود. اما اینکه مشکلات کیفی خدمات در مراکز درمانی در کشور چگونه مدیریت می‌شوند، موضوعی است که می‌بایست در دو سطح کلان و خرد مورد توجه قرار گیرد.

◆◆◆ **نبود سیستم‌های مدیریت کیفیت**

در سطح کلان مشکل اصلی را می‌توان در عدم تعریف و تبیین در ست سیستم‌های مدیریت کیفیت (سیستم‌هایی برای استقرار کیفیت و هم چنین سیستم‌هایی برای ارزیابی کیفیت) از سوی وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی دانست. بر این اساس بیمارستان‌ها اعم از بیمارستان‌های دولتی و غیردولتی نیازمند سیستم‌هایی برای استقرار کیفیت در دل مراکز خود می‌باشند. سیستم‌هایی که موجب حفظ و ارتقای کیفیت خدمات در ابعاد مختلف شوند. این مهم در طی چند سال اخیر در کشور دستخوش تغییرات فراوانی شده است که همین امر سرگردانی بیمارستان‌ها را رقم زده است. چند سالی استقرار سیستم‌های ISO مطرح گردید، سپس بحث‌های تعالی سازمانی و ما بعد آن حاکمیت بالینی و در نهایت اعتبار بخشی مطرح شدند.

◆◆◆ **انحلال سیستم حاکمیت بالینی و بلا تکلیفی بیمارستان**

با این وجود علیرغم اثر بخشی و کارایی سیستم حاکمیت بالینی (این سیستم توسط NHS انگلیس در سال ۱۹۹۷ مطرح گردید) به عنوان یک سیستم کارآمد در استقرار کیفیت خدمات بالینی با تمرکز بر اثر بخشی و ممیزی بالینی، متأسفانه وزارت بهداشت با منحل نمودن استقرار چنین سیستم‌هایی عملاً بیمارستان‌ها را بلا تکلیف نموده و اگر فعالیتی نیز در این زمینه صورت می‌گیرد به اختیار و انتخاب خود بیمارستان‌هاست. از سوی دیگر سیستم‌هایی نیز که از سوی وزارت بهداشت برای کیفیت سنجی خدمات بیمارستان‌ها مطرح گردیده دارای مشکلات عدیده‌ای است.

◆◆◆ **طرح اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌ها**

در سال ۱۳۹۱ طرح اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌ها توسط وزارت بهداشت اجرایی گردید که این طرح در اولین دور اجرایی خود دارای مشکلات اساسی به شرح ذیل بوده است: حجم بالایی از استانداردها که پیاده‌سازی آن‌ها در مقیاس کوچک‌تر بر اساس مطالعات جهانی حداقل بین ۳ تا ۵ سال زمان می‌برد که این مهم مورد توجه وزارت بهداشت قرار نگرفت، تبیین و تفهیم نادرست بیمارستان‌ها از روال ارزیابی و بسته استانداردهای تدوین شده برای بیمارستان‌ها، عدم توجه به گروه‌های پزشکی در تعریف استانداردها، عدم استقلال تیم ارزیابی از بیمارستان‌ها چرا که وزارت بهداشت خود در مقام عمل بیمارستان‌های خود را ارزیابی می‌نماید و این امر سبب شده است که متأسفانه میان ارزیابان و بیمارستان‌ها ارتباطات غیر رسمی و پشت پرده شکل گرفته و عملاً امتیاز بندی کیفی بیمارستان‌ها خریداری شود. عدم ارتباط گواهی‌های صادر شده از سوی وزارت بهداشت با شاخص‌های عملکردی و کیفی بسیاری از بیمارستان‌ها

◆◆◆ **علت اصلی مشکلات؛ نبود سیستم جامع اطلاعاتی**

بنیان اصلی ایجاد موارد فوق‌الذکر را می‌بایست در نبود یک سیستم جامع اطلاعاتی در وزارت بهداشت جستجو نمود. چرا که سنگ بنای سیستم‌های کیفی در بیمارستان‌ها شفاف‌سازی و جریان درستی از داده‌ها و اطلاعات هست. از این روست که وزارت بهداشت همواره در محاسبه و اعلام سطوح کیفیت خدمات بیمارستان‌ها دچار مشکل می‌باشد. به عنوان مثال وزارت بهداشت قادر نبوده شاخص‌هایی چون میزان مرگ و میر به واسطه عوارض ناشی از جراحی‌های بزرگ (Major Surgery)، بستری‌های مجدد (Readmission) به واسطه عفونت‌های بیمارستانی، میزان رضایتمندی بیماران مراجعه کننده و ... را اندازه‌گیری و مورد بررسی قرار دهد.

◆◆◆ **مشکلات خرد بیمارستان‌ها**

در سطح خرد نیز بیمارستان‌ها دچار مشکلات و معضلات فراوانی می‌باشند. بر اساس پژوهش‌های انجام شده در کشور مهم‌ترین عاملی که موجب مراجعه بیماران از بخش دولتی خدمات به بخش خصوصی می‌شود عامل کیفیت بر شمرده شده است. از دیدگاه مردم اجزای این عامل عبارت بوده‌اند از کیفیت خدمات پزشکی و هم چنین زمان سریع‌تر در دسترسی به خدمات. در تبیین جزء اول باید گفت به واسطه آموزشی بودن اکثریت مطلق بیمارستان‌های دولتی و متأسفانه عدم نظارت و پایش خدمات ارائه شده توسط کادر آموزشی، مردم از دریافت خدمات در چنین مراکزی سرباز می‌زنند و در جهت حصول نتیجه بهتر و به بیان خود انجام اقدام درمانی لازم توسط کادر غیر آموزشی به‌ویژه اساتید و پزشکان متخصص و باتجربه به بیمارستان‌های خصوصی روانه و یا در برخی از موارد با الزام ارجاع می‌شوند.

◆◆◆ **ویرترین بیمارستان‌های خصوصی**

نکته قابل توجه ویرترین سازی برخی از بیمارستان‌های خصوصی برای چنین مراجعینی با فراهم آوردن ساختمان‌هایی با طراحی زیبا و اقدامات هتلینگ نسبتاً مناسب هست اما این در حالی است که فرآیندهای پشتیبانی در این مراکز (به‌ویژه خدمات استریلیزاسیون و رختشوی خانه) و فرآیندهای مراقبت‌های پرستاری (به‌ویژه در رعایت استانداردهای مراقبت‌های پرستاری در اتاق‌های عمل و بخش‌های مراقبت ویژه) و خدمات پزشکی (به‌ویژه در مورد ایجاد تقاضاهای القایی و اقدامات تشخیصی و درمانی بدون اندیکاسیون) خود جای بحث و بررسی فراوان دارد.

◆◆◆ **لیست‌های انتظار طولانی برای دریافت خدمات**

در مورد جزء دوم نیز باید گفت به واسطه ازدحام و تراکم مراجعین در بیمارستان‌های دولتی در پارهای از موارد برای دستیابی به اقدامات درمانی حیاتی فهرست‌های انتظار طولانی شکل گرفته که این موضوع به‌ویژه با پیاده‌سازی طرح تحول نظام سلامت تشدید شده است. نکته قابل توجه آن است که به واسطه اینکه بین پرداختی به بیمارستان‌ها و میزان عملکرد و سطح کیفی خدمات در آن‌ها ارتباطی برقرار نشده است، بسیاری از این مراکز از استقرار کیفیت خدمات سرباز می‌زنند.

بدین منظور می‌بایست در گام اول حوزه‌های اساسی کیفیت خدمات یعنی ایمنی بیمار (Patient Safety) و حقوق گیرنده خدمت (Patient Rights) در اولویت کاری تمامی بیمارستان‌های اعم از دولتی و غیردولتی قرار گرفته و با تعیین شاخص‌های کلیدی عملکرد بیمارستان‌ها را بدین سمت سوق داد. اقدامی که توسط وزارت بهداشت در راستای ترویج زایمان طبیعی صورت گرفت مثال مودی از این جنس فعالیت‌هاست. با تعریف شاخص نسبت میزان زایمان‌های طبیعی (به عنوان فاکتوری مهم در ایمنی مادران باردار و کیفیت خدمات بیمارستانی) به پروسیجر سزارین در بیمارستان‌ها و تعریف ارتباط میان رتبه‌بندی و پرداختی بیمارستان‌ها با این شاخص جریان بسیار مثبتی در مراکز دولتی و خصوصی به وقوع پیوست.

◆◆◆ **جمع بندی**

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان بیان داشت رفع نقص در کیفیت خدمات بیمارستانی و مدیریت امور مربوطه نیازمند سیستم‌هایی برای استقرار و هم چنین ارزیابی کیفیت خدمات در مراکز مذکور است که برای تحقق این مهم نیازمند ایجاد یک ساختار فعال و پویای جمع‌آوری و تحلیل داده و اطلاعات از سراسر بیمارستان‌های دولتی و خصوصی کشور هستیم؛ لیکن اولین قدم در این مسیر تعریف حوزه‌های اساسی عملکردی بیمارستان‌ها در زمینه کیفیت خدمات است (حوزه‌هایی چون: ایمنی بیمار و حقوق گیرنده خدمت) تا از این منظر در اولویت کاری بیمارستان‌ها قرار گیرند. در پایان خاطر نشان می‌گردد آنچه تحقق این امور را تسریع و تثبیت می‌نماید واگذاری بسیاری از امور سازمانی و اجرایی استقرار و نظارت بر کیفیت خدمات به نهادهای علمی و تخصصی است که بدون هیچ گونه وابستگی سازمانی به بیمارستان‌های طرف تعامل و با حفظ استقلال، در چهار چوب سیاست‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به امور تحقق و ارزیابی کیفیت در بیمارستان‌ها بپردازند.

پرونده دوم

■ **طرح تحول نظام سلامت**

نکته قابل توجه

تأثیرات اقتصادی

ناشی از سطح

پایین کیفیت

خدمات

بیمارستانی است،

به گونه‌ای که

برآورد می‌شود

به واسطه عوارض

درمانی در کشور

انگلستان سالانه

بیش از ۱۶ میلیارد

دلار و در کشور

آمریکا سالانه ۲۹

بیلیون دلار هزینه

ایجاد می‌گردد



عبدالله باقری، مدیرعامل بیمارستان امام رضا (ع)

❖ **به اذعان برخی مسئولان وزارت بهداشت، بیمارستان‌های دولتی ورشکسته هستند، به‌ویژه با اجرای طرح تحول که حجم کاری افزایش پیدا کرده و معوقات بیمه نیز زیاد است، بیمارستان امام رضا (ع) با اجرای طرح تحول چه وضعیتی در این زمینه دارد؟**

❖ طرح تحول به نظر من بسیار مثبت و واقعاً انقلابی به نفع بیمار، بیمارستان‌های دولتی و کادر درمانی بود. قبل از اجرای طرح تحول بیمارستان‌ها آن قدر بدهی داشتند که من فکر نمی‌کنم بیمارستانی دولتی با تراز مثبت بوده باشد. هزینه‌ها بیشتر از درآمدها بود و هر سال بدهی‌ها بیشتر از سال گذشته می‌شد. مهم‌ترین علت هم همین بود که تعرفه‌های مصوب دولت برای سال‌های گذشته به‌هیچ‌وجه با آن خدماتی که در بیمارستان ارائه می‌شد و هزینه‌بر بود، همخوانی نداشت، بیمارستان‌های خصوصی هم قبل از طرح تحول به‌سختی خود را اداره می‌کردند. آن‌ها عملاً چند برابر تعرفه‌های دولتی از بیمار پول دریافت می‌کردند، باین حال به‌سختی سرپایمی‌ایستادند.

وقتی می‌گویم طرح تحول به نفع بیمار بود به این دلیل است که بیمارستانی که مشکل دارد و درآمد کافی ندارد، نمی‌توان در همه‌جا خدمات را کامل ارائه کند. تهیه ملزومات پزشکی توسط بیمار از خارج از بیمارستان که قبلاً شایع بود، امروز رفع شده است. پرداخت از جیب مردم را هم کاهش دادیم. در خلال این طرح تعرفه را بالا می‌بریم اما بیماری که وارد بیمارستان می‌شود از یک حدی بیشتر را نباید پرداخت کند. الان بیمار ۶ تا ۱۰ درصد هزینه درمان را می‌پردازد اما مبلغی که بیمه به بیمار می‌دهد، حدوداً ۶۰ درصد هزینه است. درصد باقی‌مانده هم در بسته کاهش فرانشیز که وزارتخانه به بیمارستان پرداخت می‌کند گنجانده شده است؛ اما اگر مراجعه‌کننده، بیمه تکمیلی باشد این مبلغ را از بیمه تکمیلی می‌گیرد. خیلی از مریض‌ها عنوان نمی‌کنند که بیمه تکمیلی هستیم. چون این پولی که اینجا می‌دهند به در دسر باز پس گرفتن پول از بیمه تکمیلی نمی‌ارزد و بعضاً بیمه‌های تکمیلی هم به این امر تشویق می‌کنند. البته این نکته مثبتی نیست و به ضرر بیمارستان است چون ما ترجیح می‌دهیم پول را از بیمه بگیرند.

در طرح تحول واقعاً کارهای بزرگی انجام شده است اما هر کاری که انجام می‌شود نواقص و مزایایی دارد. اگر واقعاً منتقدین طرح متصفانه‌تر عمل می‌کردند بهتر بود تا اینکه در مواقعی آن قدر انتقاد کنند که جلوی کار گرفته شود. یکی از مشکلاتی که ما در طرح تحول با آن روبرو بودیم و تا حدود زیادی حل شد قیمت‌گذاری اقلام مختلف تجهیزاتی بود. هر شرکت نرخی برای کالای خود داشت. به‌طور مثال استنت‌های قلبی با قیمت‌های بالای ۳ میلیون تومان به بیمارستان‌ها فروخته می‌شد همین استنت بعد از طرح تحول و قیمت‌گذاری توسط وزارتخانه به حدود یک میلیون و ۶۰۰ هزار تومان رسید، بدون اینکه قیمت دلار تغییر چندانی بکند. در طرح تحول نرخ تجهیزات پزشکی پایین آمد و لذا سهم بیمار هم کاهش یافت. بیمارستان در سال‌های گذشته قطعاً تراز منفی داشت اما طبق برآورد ما اگر طرح تحول اتفاق نمی‌افتاد به تراز منفی این بیمارستان ۲۰ میلیارد تومان دیگر اضافه می‌شد. با اجرای کتاب ارزش‌های نسبی که درآمد و مقدار زیادی از هتلینگ را اصلاح کرد، اگر بیمه‌ها سهم خود را بدهند تراز بیمارستان ما مثبت نخواهد شد ولی اختلاف فاحش چندمیلیاردی سابق را هم نخواهیم داشت.

❖ **طرح تحول بسته‌های مختلفی داشت، هرکدام از این بسته‌ها چه تأثیری بر مدیریت بیمارستان امام رضا (ع) گذاشت؟**

❖ بسته‌های طرح تحول در چند حوزه اصلی ورود داشتند که من فقط به یکی اشاره کردم. بسته زایمان هم در این طرح وجود دارد که واقعاً مردم را به زایمان طبیعی تشویق می‌کند و البته وزارتخانه هم تأکید ویژه‌ای روی این موضوع دارد. ارتقاء هتلینگ بسته دیگری از طرح تحول سلامت است که به مدیریت بیمارستان‌ها ارتباط دارد. در قالب این بسته کمک‌هایی هم در موضوع ساختمان و هم در موضوع تجهیزات به بیمارستان‌ها شده است.

دستاوردهای بیمارستانی طرح تحول از دیدگاه
قائم مقام بیمارستان امام رضا (ع)

بهبود هتلینگ، زایمان طبیعی کیفیت ویزیت

گفت‌وگو

مهدی پناهی، مجید کمالی زاده

بیمارستان‌های دولتی نقش محوری در طرح تحول نظام سلامت دارند، چرا که وزارت بهداشت عزمش را جزم کرده تا مردم در صورت مراجعه به این مراکز دولتی، کمترین هزینه و در دسر را داشته باشند و دردی جز بیماری‌شان نداشته باشند، با این حال خود بیمارستان‌ها پیش از اجرای طرح تحول مشکلاتی از قبیل عدم تناسب بودجه و هزینه‌ها و کمبود پرسنل و تخت مواجه بودند و با اجرای طرح تحول حجم زیادی از مراجعین به سمت این مراکز دولتی رفتند، برای بررسی وضعیت یکی از این مراکز دولتی علی خرسندی قائم مقام مدیر عامل سراغ بیمارستان آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) در مشهد رفتیم.

فرد در ۴ ساعت کاری فقط ۳۰ نفر را ببیند، حجم عظیم سایر مراجعات و بیمارانی که نیازمند درمان هستند را چه کنیم؟ اگر این بیماران را معاینه نکنیم باید به بخش خصوصی بروند و چند برابر هزینه کنند. پزشک گاهی از سر دلسوزی است که در وقت کم بیماران را معاینه می کند تا بیماران هزینه چند برابری برای معاینه نکنند. در بعضی تخصص ها شاید ویزیت اول زیاد وقت بگیرد ولی ویزیت های بعدی چون مریض پرونده دارد و از قبل شناخته شده است، زمان زیادی نیاز ندارد و دلیلی ندارد که ۶ الی ۷ دقیقه پزشک و بیمار یکدیگر را نگاه کنند. این مسئله ایرادی است که به طرح ارتقاء ویزیت وارد است.

مبحث دیگری که طرح تحول سلامت به آن ورود کرده و ارتباط مستقیم با مدیریت بیمارستان دارد اعتباربخشی بیمارستانی است. این طرح را چطور ارزیابی می کنید؟

قبلاً گرید بیمارستان را از روی تجهیزات و امکانات بیمارستان اندازه گیری می کردند اما در طرح جدید فقط به خروجی مرکز درمانی نگاه می کنند و شاخص های مختلف بسیاری را مورد ارزیابی قرار می دهند. در این طرح بررسی می کنند مریض خدمات خوبی را گرفته است یا نه و به خروجی سیستم امتیاز می دهند. در این سیستم تأکید بر احترام به بیمار است. مثلاً فرایند درمان به درستی برای مریض تشریح شود. این برنامه هم یکروزه انجام نمی شود و فعلاً در نقطه شروع است.

برای گسترش زایمان طبیعی چه اقداماتی در بیمارستان در قالب طرح تحول انجام شده است؟

زایمان طبیعی از معیارهایی است که وزارت خانه به شدت بر آن تأکید دارد. این مسئله برای این است که پزشکان بیماران را تشویق به سزارین غیر ضروری نکنند، اگر آمار زایمان طبیعی مان بالا باشد، در دوره های بعد هم امکان زایمان طبیعی هست ولی با یکبار سزارین امکان زایمان طبیعی در دفعات بعدی کاهش پیدا می کند، هر چند آمار زایمان طبیعی ما بالا رفته ولی بیمارستان های دیگر هم که نمی خواهند آمار سزارین در آنجا بالا برود، سزارین هایشان را به بیمارستان قائم و امام رضا (ع) ارجاع می دهند. لذا ممکن است آمارهای ما بالا برود ولی آمار سزارین اولیه ما پایین آمده است و واقعاً شرایط تغییر کرده است. پزشک ما در اینجا می داند که بیمار را باید تشویق به زایمان طبیعی بکند و گر نه طبق قوانین جریمه خواهد شد.

انتقاداتی به طرح تحول وارد است اما شما نگاه مثبتی دارید.

ما متأسفانه به دنبال پیدا کردن ایرادات یک طرح هستیم اما به کل طرح نگاه نمی کنیم. طرح تحول ایرادات زیادی دارد مخصوصاً در بحث قاصدک ایراد زیاد است اما مزیت های آن غلبه دارد.

بعضی پزشکان و پرستاران و بیماران به این طرح معترض هستند.

فکر می کنم این اعتراض ها به خاطر این است که توقع عمومی دوستان را بالا برده ایم. باید اول کار را انجام می دادیم و بعد آن را ارائه می کردیم. در ابتدای شروع طرح تحول سلامت تبلیغات بیش از اندازه ای برای این طرح شد.

شما هم موافق هستید که طرح تحول سلامت موفق است به شرط این که طرحی پایدار باشد؟

پایداری طرح، بستگی به بیمه ها دارد. من نمی گویم مقصر اصلی ایجاد مشکل، بیمه ها هستند. وزارتخانه تعرفه خدمات و هتلینگ را ناگهانی بالا برد، این پول را چه کسی جز بیمه باید بدهد؟ از آن طرف قضیه اگر قبل از اجرای طرح با بیمه صحبت شده و برای تأمین بودجه افزایش تعرفه ها و هتلینگ فکری اندیشیده شده، این طرح پایدار خواهد شد و به سمت خوبی پیش خواهد رفت اما اگر بیمه را در منگنه اجرای طرح قرار بدهیم این اتفاق

در اجرای این بسته حدود ۴۰ درصد تخت های بیمارستان ما اصلاح شد و هم اکنون تمامی تخت ها کیفیت خوبی دارد. در بحث تجهیزات سرمایی در حال مذاکره هستیم که تعداد زیادی از آن ها را رایگان در اختیار بیمارستان قرار می دهند. برای همراهان بیمار هم یک تعداد همراه سرا ساخته شده است. کیفیت غذای بیمارستان هم به طور محسوسی افزایش یافت. البته در کنار این مزایا جای نقد هم باقی است. وقتی طرح تحول اتفاق افتاد مراجعین بیمارستان های دولتی ناگهان افزایش پیدا کردند به طوری که در بیمارستان امام رضا (ع) ضریب اشغال تمام تخت ها اضافه شده است و در بعضی از بخش ها این ضریب بالای صد درصد است. همزمان با شروع این افزایش مراجعات به بیمارستان، وزارتخانه از ما خواست کار ارتقاء هتلینگ را هم انجام بدهیم. با توجه به اینکه بخش در حال بازسازی باید تعطیل گردد، بر مردم فشار بیشتری می آید.

بهرتر بود قبل از اجرای طرح، حوزه ها توجیه می شدند اما ناگهانی طرح را شروع کردند، در حالی که دانشگاه ها و بیمارستان ها توجیه نبودند چه اتفاقی قرار است رخ بدهد. اگر به تدریج اجرایی می شد مثلاً اول هتلینگ و بعد سایر موارد، در این صورت زمانی که هجوم مردم به بیمارستان اتفاق می افتاد ما آمادگی پذیرش را داشتیم. البته ما به صورت خودجوش با بیمارستان های دیگر شهر هماهنگ شدیم تا همه بیمارستان ها همزمان یک بخش، مثلاً بخش زنان را بازسازی نکنند تا سیل مراجعات را بتوان در بیمارستان دیگری پاسخگو بود. اتفاق مثبت دیگر بحث ماندگاری پزشکان و مقیم شدن آن ها بود که در بیمارستان های شهرستان های کوچک تحول ایجاد کرد و بیماران زیادی را نجات داد.

البته مبلغ هنگفتی را برای یک شب به پزشک در این طرح پرداخت می کنند.

نه، این مبلغ فقط ۵۰۰ هزار تومان است که با صلاح دید بیمارستان تا ۲۰۰ هزار تومان قابلیت افزایش دارد، جایی که نیاز به خدمات این پزشک باشد این خدمت میلیون ها تومان می ارزد. لازم به ذکر است پزشکان در این طرح فقط باید از چند رشته خاص باشند. این طرح به طور کلی دو قسمت دارد یکی ماندگاری پزشک در مناطق محروم و دیگر اقامت شبانه پزشکان برخی تخصص ها در بیمارستان است، در بیمارستان ما هم اقامت شبانه اجباری است، بسیاری از بیمارستان های آموزشی مثل ما نمی توانند ۳۰ شب پزشک مقیم در ماه را جذب کنند. چون اساتید قبول نمی کنند و آن مبلغ ۵۰۰ هزار تومان برای آن ها ارزش ندارد که یک شب در بیمارستان بمانند. باینکه بیمارستان ما این اقامت را اجباری کرد اما باز هم در یک سری رشته ها جواب نداد. نقدی که در این قسمت داریم این است که در بعضی از رشته ها مقیمی در بیمارستان برای بیمارستان امام رضا (ع) لازم است مثل پزشک اورژانس و آی سی یو ولی پزشک داخلی که می تواند رزیدنت بگیرد چرا باید در بیمارستان مقیم شود؟ بیمارستانی که آموزشی است و رزیدنت سال بالا دارد که به اندازه یک متخصص می تواند کار انجام دهد و پزشک روی خط تلفن هم با او در ارتباط است و هر وقت از شبانه روز نیاز شد باید پزشک به بیمارستان مراجعه کند، چنین بیمارستانی نیازی به پزشک مقیم ندارد ولی چون قانون مقیمی کلی بود مجبور شدیم آن را اجرا کنیم.

بحث دیگر ارتقای کیفیت ویزیت است. قبلاً موضوع، زمانی که پزشکان برای معاینه بیمار اختصاص می دادند مطرح بود و بیماران از کمبود این زمان شاکی بودند و الان قانونی ابلاغ شده است مبنی بر اینکه اگر حداکثر ۸ مریض در هر ساعت توسط پزشک معاینه شد بابت هر مریض مبلغی به عنوان ارتقای ویزیت به پزشک از طرف وزارتخانه پرداخت شود. اوایل اجرای این طرح مسائلی وجود داشت اما الان همه این موضوع را پذیرفته اند. بعضاً پزشکانی هستند که معتقدند باید تمام مریض هایشان را معاینه کنند لذا از خیر مبلغ ارتقای ویزیت می گذرند.

در این طرح جنبه مثبت این بود که پزشک برای بیمار وقت کافی می گذارد، اما از آن طرف باید توجه داشت که اینجا یک بیمارستان دولتی است. برخی پزشکان منحصر به فرد هستند و عین او دیگر کسی نیست. آن وقت اگر این



نمی افتد. تمام مشکلاتی که ما الآن با آن روبرو هستیم به خاطر بیمه‌ها است، وقتی مطالبات بیمارستان‌ها را بعد از چندین ماه نمی دهند دست ما به شدت بسته می شود و شرکت های مختلف به ما تجهیزات نمی دهند. البته باید به بیمه ها هم حق داد.

بیمه باید از طرف دولت تأمین می شده است که به خوبی نشده است، ولی کم کم یک سری از گره ها در حال باز شدن است و خبر های خوبی از تعامل وزارتخانه با بیمه به گوش می رسد و این طرح به نظر من به سرانجام خوبی خواهد رسید.

«الآن علیرغم همه این خوبی هایی که شما می گوید، بسیاری از کادر درمان نسبت به طرح قاصدک اعتراض دارند، علت چیست؟»

هیچ یک از کارکنان نمی تواند ادعا کند با اجرای طرح قاصدک درآمد کمتری نسبت به قبل دارد، ممکن است مطالبات پزشکان را دیر بدهیم اما قطعاً مبلغ پرداختی کمتر از قبل نیست. مسئله تأخیر پرداخت هم در حال حل شدن است و اعتراض پرستارها و سایر کارکنان هیچ کدام به مبلغ درآمد نیست چون این مبلغ بیشتر از قبل است.

بحث کارکنان این نیست که چرا درآمد پزشکان مثلاً ۴ برابر شده است و درآمد سایر کارکنان ۲ برابر. این بحث داخل بیمارستان وجود ندارد و در خارج از بیمارستان است. چون این اختلاف درآمد طبیعی است و قبلاً هم پزشک بیشتر از کارکنان درآمد داشته است و اصل منبع درآمدزایی بیمارستان پزشکان هستند. اصل اعتراض کارکنان ما این است که عدالت بین هر طبقه کاری رعایت نمی شود.

ما مرتب در حال بازخورد گرفتن از کارکنان هستیم. اولین بار که طرح قاصدک پرداخت شد در بسیاری از نقاط کشور تجمع و اعتراضاتی شکل گرفت اما در این بیمارستان اتفاقی نیفتاد چون ما خوب روی این طرح کار کرده و مسیر اعتراض را مشخص کرده بودیم. پرسنل هم دیدند هر جا اشکالی پیش آمده را اصلاح کردیم و کمبود پرداخت ها را تصحیح نمودیم. قاصدک نظام خیلی پیچیده ای است و نباید انتظار داشت در تمام بیمارستان های کوچک هم بتوان آن را درست اجرا کرد.

ما اینجا یک تیم حرفه ای داریم که می توانیم قاصدک را اجرا کنیم ولی کسانی را می شناسم که در شهرستان ها می گویند ما از این طرح سردر نمی آوریم.

در مورد این طرح می توان گفت: باید فرمول های این طرح ساده تر می بود تا همه بتوانند به راحتی آن را اجرا کنند، دیگر اینکه اگر عدالت محوری در این طرح اجرا نشود به مشکل بر خواهد خورد. البته نباید فقط به خروجی پرداخت قاصدک نگاه کنیم، قاصدک به تنهایی یک طرح تحول در نظام درمان است و نه فقط در نظام پرداخت. ما در همین بیمارستان دقیقاً نمی دانستیم کدام یک از کارکنان در کجا مشغول کار است، نیرویی برای جایی حکم گرفته بود و در جایی دیگر کار می کرد و از جای دیگری حقوق می گرفت، طرح قاصدک خیلی در نظم بخشیدن به وضعیت کارکنان به ما کمک کرد و سیستم را منظم نمود.

برنامه جامع اطلاعاتی قاصدک واقعاً یک برنامه خوب است اما ایراداتی دارد که باید رفع بشود، البته اصلاحیه هایی به قاصدک زدند که زود و بی موقع بود و به اصل این سامانه صدمه زد، باید مقداری آرامش در اجرای طرح وجود داشت که این اصلاحات آرام آرام انجام بشود.

این طرح دارد هر لحظه به سمت عدالت پیش می رود و ممکن است پایه های پرداخت نیز عوض شود اما آن بانک اطلاعاتی جامعی که بیمارستان ها دارند و نظمی که به نیروها بخشید مزایای اجرای این طرح است قبلاً کسانی که نزدیک به منابع قدرت بودند ممکن بود از چند ردیف حقوق دریافت کنند که با شفاف شدن دریافت ها توسط سامانه قاصدک مشکل حل شد.

اگر از ۲ هزار نیروی در سطح پایین مثل نیروهای خدمات در مورد سامانه قاصدک بپرسید هیچ کدام اعتراضی ندارند و همگی خوشحال هستند. من به جرئت می توانم بگویم ۸۰ درصد کارکنان از این وضعیت راضی هستند. نباید فقط بر اساس صدای اعتراضات تصمیم بگیریم چون معمولاً صدای اعتراض افراد بانفوذ به گوش می رسد.

«بیمارستان رضوی به عنوان یک بیمارستان خصوصی موفق چه تجارب دیگری دارد که قابل انتقال به سایر بیمارستان های خصوصی است؟»

چندین سال است که ما در بیمارستان برای محاسبه هزینه تمام خدماتمان تلاش می کنیم، یعنی برای ما مشخص است که بخش قلب برای ما چه میزان هزینه دارد. وقتی شما هزینه تمام شده را بدانید می توانید برای خیلی از شاخص های دیگر برنامه ریزی کنید. این که شما یک برنامه راهبردی برای هر کاری در بیمارستان داشته باشید، خیلی مهم است. من به سایر بیمارستان ها توصیه می کنم که بر روی ABC یا قیمت تمام شده خدمات کار کنند، این به یک بیمارستان در مدیریت هزینه ها خیلی کمک می کند. همچنین بحث بیمارستان سبز و مدیریت انرژی مثل استفاده از انرژی های جایگزین و انرژی خورشیدی ممکن است به ظاهر هزینه ساز باشد ولی در واقع درآمدزا است. همچنین تصفیه آب، ما در بیمارستان موفق شدیم این کار را بکنیم و یک قسمت عظیمی از هزینه های ما کاهش یافت، با تصفیه آب مصرفی بیمارستان فضای سبز را آبیاری می کنیم. آب تمیزی که قابلیت پرورش ماهی را هم دارد و ما به صورت نمادین این کار را هم خواهیم کرد تا سلامت آب را نشان بدهیم.

«برخی افراد با خصوصی شدن بخش سلامت مخالف اند و معتقدند که سلامت جامعه را نباید به کسانی سپرد که به دنبال منافع مالی هستند. نظر شما چیست؟»

من معتقدم که چرخ را نباید دوباره اختراع کنیم، الگوهایی در این زمینه در دنیا وجود دارد که ما را بی نیاز می کند. باید به الگوهای موفق دنیا نگاه کنیم.

«برای اصلاح نظام سلامت از کجا باید شروع کرد؟»

باید به مسئله بیمه ها بپردازیم. در هیچ کجای دنیا چه بخش خصوصی و چه بخش دولتی بیمار با مرکز درمانی و پزشکی ارتباط مالی ندارد و هیچ بیماری به پزشک حق ویزیت پرداخت نمی کند. ارتباط مالی در کشورهای صاحب سبک به این شکل نیست. ما در اینجا قضیه مشکل داریم. باید تنها از بیمه های خیلی قوی و موفق استفاده کرد، تعریف ما از بیمه متأسفانه در ایران تغییر شکل پیدا کرده است. شاید به خاطر همین مسئله است که بیمه ها تمایلی ندارند به سمت بیمه کردن مردم در زمینه بهداشت و درمان بروند چون هزینه های زیادی برایشان ایجاد خواهد کرد. ولی اتفاقی که بنده می بینم این است که بیمه های خصوصی به سمت جایگاه اصلی خود در حوزه بهداشت و درمان حرکت می کنند، شاید خود به خود و یا شاید مدیریت شده باشد.

«این چه جایگاهی است؟»

همه جای دنیا این گونه است که شرکت های بیمه ای تبلیغ، خدمات و هزینه های خود را معرفی می کنند و یک لیست بیمارستان ها و مراکز درمانی طرف قرار دادن ارائه می شود تا مشتری هر بیمه ای را که خواست انتخاب کند اما در برابر مبلغی محاسبه شده می گیرند. در کشور کار کارشناسی نداریم مثلاً می گویند یک خانواده را با ماهی ۳۰ تومان بیمه می کنیم. این ۳۰ تومان از کجا آمده است. چرا ۳۰ تومان؟ چرا ۳۵ تومان نیست؟ چرا ۳۲ تومان نیست؟

«بیمارستان های خصوصی با پرداخت دیر هنگام بیمه ها چه می کند؟»

ما چاره ای نداریم و تحمل می کنیم چون ابزار های کنترل دست ما نیست ولی برای این که گفتم بیمه ها در حال حرکت به سمت جایگاه اصلی خود هستند این مثال را می زنم که بیمارستان ما به دنبال قرارداد با بیمه ها نیست و بیمه ها تمایل دارند که به خاطر درخواست مشتریانشان با ما قرارداد امضا کنند. چون

بخش خصوصی جذاب می ماند

گفت‌وگو با رئیس بیمارستان فوق تخصصی رضوی

جهت‌گیری کلی شده است و مثل تمام دنیا مردم تعیین می‌کنند که بیمه با چه کسی قرار داد ببندد، برای همین کمی شرایط برای ما بهتر است اما نه به این معنا که مطالبات را به‌موقع پرداخت می‌کنند. ولی همین مسئله را بنده به‌عنوان نشانه‌ای برای بهبود بیمه‌ها می‌گیرم.

❖ با اینکه بیمارستان‌های خصوصی در طرح تحول نیستند اما این طرح بر آن‌ها هم تأثیر داشته مثلاً کوچ پزشکان از بخش خصوصی به دولتی به خاطر افزایش درآمد و یا افزایش مراجعه بیماران به بیمارستان‌های دولتی، این تأثیرات برای بیمارستان شما بوده است؟

❖ بله کاملاً، به‌خصوص در اوایل اجرای طرح تحول سلامت این قضیه به‌روشنی وجود داشت. هم به لحاظ تعداد پزشکان و هم تعداد بیمار، منتهی به خاطر مشکلات طرح تحول دوباره این مشکل به حالت عادی برگشت. از دحام بیماران در مراکز دولتی باعث بازگشت بیماران شد اما هنوز مثل قبل نیست. یکی از مشکلات طرح تحول سلامت ایجاد لیست انتظار طولانی در بیمارستان‌ها بود. اعمال جراحی با نوبت‌های ۴ ماه و ۵ ماه در بخش دولتی به وجود آمد.

❖ اگر روزی مشکلات منابع مالی این طرح تأمین شود. از آن جایی که هم پزشک و هم بیمار تمایل به بیمارستان دولتی دارد. احتمالاً بخش خصوصی دچار مشکل خواهد شد. برای این شرایط پیش‌بینی‌ای کرده‌اید؟

❖ ممکن است اتفاقات و چالش‌های بخش دولتی در این حوزه مدیریت شود و به حداقل برسد اما صفر نمی‌شود؛ یعنی اگر منابع مالی هم پیدا شود نیروی انسانی را نمی‌توان به‌سرعت بالا برد مثلاً بیمارستان دولتی الف یک تعداد پرستار و پزشکی دارد، هرچند هم که پزشکان برگردند اما بیمارستان‌های دولتی هم یک ظرفیتی دارد. وقتی شما منابع مالی را درست می‌کنید باز هم جاذبه بخش خصوصی زیاد است. وقتی تقاضا در مراکز دولتی بیشتر از عرضه شود چند اتفاق رخ می‌دهد. اول ایجاد نارضایتی برای بیماران اورژانسی و غیر اورژانسی، دوم، ایجاد لیست انتظار، یک عده از بیماران دوست ندارند در لیست انتظار قرار بگیرند. تعدادی ترجیح می‌دهند توسط پزشک خودشان معاینه شوند، نه دانشجویان، این‌ها جاذبه‌هایی است که بخش خصوصی دارد و هیچ‌گاه از بین نمی‌رود. همچنین ظرفیت‌های مالی در بیمارستان‌های خصوصی باعث می‌شود که آن‌ها به‌راحتی بتوانند در حوزه‌های گران‌قیمت پزشکی سرمایه‌گذاری کند. شاید بخش دولتی هم به لحاظ بروکراسی اداری و همه به لحاظ مالی ظرفیت و کشش این‌گونه سرمایه‌گذاری را نداشته باشد یا علاقه‌ای به این نوع سرمایه‌گذاری نداشته باشد.

گفت‌وگو
مجید کمالی‌زاده

هر چند طرح تحول سلامت در بیمارستان‌های دولتی اجرا شد اما بخش خصوصی درمان هم دور از دایره تحولات قرار نگرفت. برخی اجرای طرح تحول را یک رقابت نابرابر بین بخش دولتی و خصوصی می‌دانند، حتی پیش از این نیز چرخ اقتصاد بخش خصوصی سلامت به‌خوبی نمی‌چرخید و با اجرای طرح تحول و نادیده گرفته شدن بیمارستان‌های خصوصی این نچرخیدن بیشتر به چشم می‌آید، برای بررسی تأثیرات اجرای این طرح بر مراکز خصوصی سراغ دکتر سعید هاشم‌زاده رئیس بیمارستان فوق تخصصی رضوی مشاهد رفتیم.



ده بیمارستان در حال ساخت معطل بودجه

گزارش
مهدی عسکری فرسنگی

در حال حاضر ۱۰ پروژه درمانی و بیمارستانی در مشهد در حال ساخت و اقدام است که برای برخی از این پروژه‌ها در ردیف‌های ملی اعتبارات قطره چکانی در نظر گرفته شده و مابقی نیز باید با اعتبارات استانی و همت خیران به سرانجام برسد. علی رحیمی، مدیر دفتر فنی دانشگاه علوم پزشکی مشهد علت تأخیر در اتمام برخی پروژه‌ها را کمبود اعتبار عنوان کرده و می‌افزاید: «چنانچه اعتبارات وعده داده شده به موقع به این پروژه‌های تخصیص می‌یافت، در حال حاضر تعداد بیشتری از این مراکز درمانی برای خدمت رسانی آمده شده بود.»

◆ **بیمارستان ۵۴۰ تخت خوابی؛ ۴ سال بیشتر از زمان مقرر**
عملیات عمرانی و ساخت این بیمارستان که از سال ۸۸ آغاز شده است و قرار بود این بیمارستان با ظرفیت ۵۴۰ تخت‌خواب در ۱۰ طبقه و در زمینی به مساحت ۵۰ هزار متر مربع طی مدت زمان ۳۶ ماه به بهره‌برداری برسد اما مشکل کمبود اعتبار و نقدینگی باعث شد ساخت این پروژه بر خلاف وعده‌ها همچنان ادامه داشته باشد، ضمن اینکه تا زمان حاضر فقط برای عملیات عمرانی این بیمارستان بیش از ۵۰ میلیارد تومان هزینه شده است. رحیمی در خصوص این بیمارستان و مراحل پیشرفت و تکمیل آن می‌گوید: «بیمارستان ۵۴۰ تخت‌خوابی تاکنون ۶۵ درصد پیشرفت داشته و اگر اعتبارات وعده داده شده به موقع تخصیص یابد می‌توان امیدوار بود که این بیمارستان تا زمستان سال آینده به اتمام برسد.»



بیمارستان شهید هاشمی نژاد، فقط گودبرداری

◆ **بیمارستان امدادی جنوب؛ رها در میان بی‌تفاوتی‌ها**
۱۵ سال قبل و به دنبال تأکید رهبر معظم انقلاب برای ساخت دو بیمارستان امدادی در محورهای جنوب و شمال مشهد، ساخت بیمارستان امداد و نجات جنوب مشهد به یکی از دغدغه‌های مسئولان تبدیل شد اما اجرایی شدن این دغدغه زودتر از ۵ سال قبل مجال اجرا پیدا نکرد. طبق وعده مسئولان قرار بود این پروژه در مدت زمان ۴ سال و با اعتباری بالغ بر ۴۰ میلیارد تومان به پایان برسد، با این حال با گذشت ۵ سال از آغاز ساخت این مجموعه، هیچ چشم‌انداز امیدوارکننده‌ای برای تکمیل این پروژه وجود ندارد و این پروژه که از پیشرفت فیزیکی اندکی برخوردار است به دلیل نبود اعتبار به حال خود رها شده است. رحیمی در مورد بیمارستان ۳۰۰ تخت‌خوابی امداد و نجات جنوب مشهد می‌گوید: «این پروژه به دلیل نبود اعتبار و بودجه، بیشتر از دو سال است که به حال خود رها شده است و تنها ۱۵ درصد پیشرفت فیزیکی داشته است و این در حالی است که اولویت دولت نیز تکمیل پروژه‌های درمانی با پیشرفت ۵۰ درصد و بیشتر است.»

برای شهری که سالانه پذیرای ۲۵ میلیون زائر ایرانی و ۲ میلیون زائر خارجی است، شاید نیاز به مرکز درمانی مجهز از نان شب هم واجب‌تر باشد زیرا خواسته یا ناخواسته علت حضور بخش قابل توجهی از زائران در این شهر، علاوه بر شفا و جلا‌ی روح و روان، درمان و تندرستی جسم و جان است. از ۵ سال قبل که بحث تورسم درمانی یا گردشگری سلامت در مشهد کلید زده شد، قرار و مدارها بر پاشنه ایجاد چند مرکز درمانی دیگر در مشهد چرخید تا ظرفیت درمانی این کلان‌شهر مذهبی جهان اسلام بیش از پیش افزایش یابد، با این حال نامهربانی به این مراکز درمانی یا از سر کمبود اعتبارات ملی یا مشارکت کمتر خیران در تکمیل این پروژه‌ها است و این در حالی است که بار بزرگ ساخت یا تکمیل مراکز درمانی شهر اصفهان را خیران این شهر از روی زمین بر می‌دارند.

بررسی وضعیت تخت‌های بیمارستانی در ۷ کلان‌شهر کشور



اما از سویی مشخص نبودن میزان دقیق رشد و افزایش جمعیت در آمارهای متعدد و تخمینی که مسئولان و متولیان هر کدام از این کلان‌شهرها طی زمان بعد از اعلام سرشماری رسمی جمعیتی کشور اعلام می‌کنند و نیز غیرقابل استناد بودن آمار اعلام‌شده در مورد تخت‌های بیمارستانی این کلان‌شهرها (به دلیل تفاوت‌های فاحش اعلام‌شده از سوی برخی مسئولان اعم از استاندار، فرماندار یا مدیران دانشگاه علوم پزشکی این کلان‌شهرها و استان‌های مربوطه) معیار تدوین این مقاله، آمار اعلام‌شده در آخرین سرشماری رسمی کشور در بحث آمار جمعیتی و آمار رسمی وزارت بهداشت در اعلام ظرفیت تخت‌های بیمارستانی خواهد بود.

بدیهی است با توجه به تعدد آمار و ارقام اعلام‌شده، ناگفته پیداست که این گزارش تحلیلی می‌تواند از منظر برخی متولیان منشأ تفاوت‌هایی باشد.

بر اساس آخرین سرشماری رسمی کشور که در سال ۱۳۹۰ انجام شد، بعد از تهران، مشهد با ۲ میلیون و ۷۵۶ هزار و ۱۲۶ نفر در رتبه دوم جمعیتی کشور قرار دارد و پس از این شهر نیز کرج با یک میلیون و ۶۱۴ هزار و ۶۲۶ و اصفهان با رتبه یک میلیون و ۷۵۶ هزار و ۱۲۶ در رتبه‌های بعدی جمعیتی کشور قرار دارند.

از سوی دیگر بر اساس استخراج آمار رسمی موجود در سایت وزارت بهداشت، میزان و ظرفیت رسمی تخت‌های بیمارستانی در هر کدام از این کلان‌شهرها اعلام‌شده است. بدیهی است طی مدت زمان بیش از ۳ سال که از اعلام آمار رسمی جمعیت کشور تاکنون می‌گذرد، جمعیت کشور آن‌گونه که مسئولان اعلام کرده‌اند ۲ میلیون نفر افزایش یافته است. بدیهی است طبق اعلام وزارت بهداشت نیز، در مدت زمان یادشده بین ۴ تا ۱۰ درصد به ظرفیت تخت‌های بیمارستانی کشور اضافه‌شده است

نام پروژه	وضعیت	تعداد تخت‌ها	درصد پیشرفت	پیش بینی اتمام
بیمارستان ۵۴۰ تخت خوابی امام رضا (ع)	در حال اجرا	۵۴۰ تخت خوابی	۶۵ درصد	زمستان ۹۵
بیمارستان فوق تخصصی کودکان اکبر	در حال اجرا	۱۶۰ تخت	۸۴ درصد	تابستان ۹۵
بیمارستان امداد و نجات جنوب مشهد	متوقف / مشکل تامین اعتبار	۳۰۰ تخت	۱۵ درصد	نمشخص
احداث اورژانس بیمارستان قائم (عج)	بتن ریزی سقف دوم به اتمام رسیده است	۱۲۰ تخت	۱۵ درصد	زمستان ۹۵
احداث درمانگاه کلینیک ویژه (درمانگاه دبیری)	در مرحله نصب اسکلت / متوقف	۱۲۰۰ متر	۲۰ درصد	نمشخص
احداث بیمارستان ۳۲۰ تخت خوابی شهید هاشمی نژاد	اجرای گودبرداری، انجام فونداسیون و دیوار حائل و اجرای ستونهای زیر زمین	۳۲۰ تخت	۲۰ درصد	نمشخص
احداث کلینیک ویژه بیمارستان هاشمی نژاد	در مرحله اجرای سفتکاری و بهسازی	۳ هزار متر	۵ درصد	زمستان ۹۵
احداث کلینیک ویژه بیمارستان طالقانی	در مرحله اجرای سفتکاری و بهسازی	۱۵۰۰ متر	۹ درصد	زمستان ۹۵
احداث کلینیک ویژه سیدی	در مرحله اجرای سفتکاری و بهسازی	۲ هزار متر	۵ درصد	زمستان ۹۵
احداث کلینیک ویژه زکریا	در مرحله اجرای سفتکاری و بهسازی	۳ هزار متر	۱۲ درصد	زمستان ۹۵

بیمارستان اکبر؛ احتمالا تابستان آینده

یکی دیگر از طرح‌های کلان درمانی در خراسان رضوی، بیمارستان کودکان اکبر است؛ بیمارستانی که عملیات عمرانی آن از سال ۸۹ در زمینی ۱۰ هکتاری در اراضی ذکرپا واقع در شهرک سلامت مشهد آغاز شد و قرار بود این پروژه ۱۶۰ تخت خوابی در زمانی کمتر از سه سال به بهره برداری برسد اما باز هم به دلیل کمبود اعتبار، افتتاح و بهره برداری از این بیمارستان به درازا کشیده است. مدیر فنی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در خصوص این پروژه نیز می‌گوید: «تا به حال شاهد رشد ۸۴ درصدی این پروژه طی ۵ سال بوده ایم، با این حال و طبق برنامه ریزی‌های موجود، اگر مشکل خاصی ایجاد نشود می‌تواند برای بهره برداری از این بیمارستان در تابستان سال آینده امیدوار بود.» وی با اشاره به ظرفیت‌های فراوانی که با بهره برداری از این بیمارستان در درمان کودکان ایجاد خواهد شد تصریح می‌کند: «بخش‌های فوق تخصصی کودکان شامل اورژانس، داخلی، روانپزشکی، آی‌سی‌یو، جراحی، انکولوژی، شیمی درمانی، خون شناسی و نفروولوژی از جمله بخش‌های این بیمارستان فوق تخصصی کودکان است.»

اما یکی از دو بیمارستان بزرگ و عمومی مشهد، بیمارستان قائم (عج) است؛

بیمارستانی که به دلیل کمبود تخت بیمارستانی و مراکز اورژانس، بسیار بیشتر از میزان و ظرفیت خود بیمار پذیرش می‌کند به همین دلیل پروژه ایجاد اورژانس جدید در این بیمارستان از سال ۸۶ روی کاغذ ترسیم شد اما به گفته رحیمی، این پروژه تا زمان حاضر کمی بیشتر از ۱۵ درصد پیشرفت فیزیکی داشته است. البته وی از زمستان سال آینده به عنوان زمان بهره برداری از این پروژه یاد می‌کند؛ زمانی که با توجه به حساب و کتاب‌های امروزی و رقم و ریال‌های اندک تخصیصی برای اتمام پروژه‌های عمرانی بخش درمان، جای تردید بسیار دارد.

بیمارستان ۳۲۰ تخت خوابی هاشمی نژاد؛ گودبرداری و دیگر هیچ

این مقام مسئول در مورد بیمارستان ۳۲۰ تخت خوابی شهید هاشمی نژاد نیز بدون اعلام زمانی مشخص برای اتمام پروژه می‌گوید: «با اجرای گودبرداری و انجام فونداسیون و ایجاد دیوارهای حائل و ستون‌های زیرزمینی، تنها شاهد پیشرفت ۲۰ درصدی در عملیات عمرانی این بیمارستان هستیم ضمن اینکه کمبود اعتبار همانند دیگر پروژه‌های بزرگ، گریبان این پروژه را نیز گرفته است.»

جدول مقایسه‌ای ظرفیت‌های درمانی ۷ کلان شهر بزرگ کشور

نام شهر	تعداد بیمارستان	تعداد تخت‌های بیمارستانی	جمعیت بر اساس آخرین سرشماری
تبریز	۲۵	۴۷۲۲	۱,۴۹۴,۹۸۸
اصفهان	۳۱	۴۲۴۷	۱,۷۵۶,۱۲۶
مشهد	۳۱	۶۱۹۷	۲,۷۴۹,۳۷۴
اهواز	۱۹	۳۶۹۹	۱,۱۱۲,۰۲۱
شیراز	۳۸	۵۳۴۴	۱,۴۶۰,۶۶۵
کرج	۱۳	۱۷۴۹	۱,۶۱۴,۶۲۶
قم	۱۰	۱۷۸۴	۱,۰۷۴,۰۳۶

آسیب شناسی ساختار نظارت و داوری در نظام سلامت

بی طرفی طرفدارانه!

یادداشت
علی احمدی

برای رسیدن به جواب، دو سؤال عمده قابل طرح و بحث است که در ادامه به آن می پردازیم.

الف - آیا در سازمان نظام پزشکی به درستی به شکایات بیماران رسیدگی می شود؟

ب - در صورت رسیدگی آیا جرائم بازدارنده ای بر خاطیان اعمال می شود؟

پاسخ سؤال اول؛ ساختار معیوب و شبهه ناک داوری

الف برای بررسی پاسخ سؤال اول در ابتدا نگاهی به ساختار نظام قضاوت و داوری می اندازیم. (پیکان ها جهت پاسخگویی را نشان می دهد)، در این ساختار همه چیز در سازمان نظام پزشکی محصور شده است و برای رسیدگی به یک شکایت، بیماران باید به دادگاه بدوی بروند که در نهایت به سازمان نظام پزشکی می رسد.

دادگاه بدوی؛ جایی که جای وکیل و قاضی عوض می شود!

در توضیح شکل باید گفت که دادگاه بدوی دادگاهی است که برای شکایت اولیه یک شاکی برگزار می شود و در صورتی که شاکی یا متهم نسبت به حکم این دادگاه شکایتی داشته باشند، دادگاه عالی مسئول رسیدگی به این شکایت است. کمیسیون بهداشت در مقام قانون گذار، وزارت بهداشت در مقام مجری قوانین و سازمان نظام پزشکی هم به عنوان یک نهاد خصوصی است که در ساختار ایده آل نقش حاکمیتی ندارد.

بحث را با یک مثال پی می گیریم. در دادگاه دو نقش برجسته وجود دارد. یکی قاضی که وظیفه رسیدگی به شکایت شاکی و صدور حکم را به عهده دارد و دیگری وکیل مدافع که وظیفه دفاع از متهم را به عهده دارد. حالتی که در نظام سلامت پیش آمده آن است که اختیارات قاضی را به وکیل مدافع

خطاهای پزشکی و احقاق حقوق بیماران

طبق آمار انجمن پزشکی آمریکا (IOM) ۹۸ هزار نفر در سال در ایالات متحده به خاطر خطاهای پزشکی قابل پیشگیری، فوت می کنند. باوجوداینکه در ایران آمار مدونی از میزان خطاهای پزشکی در دست نیست (!) ولی می توان حدس زد که در ایران نیز آمار بالایی از این دست فوت ها وجود دارد. شاید باور چنین آمارهایی کمی مشکل باشد و حتی این موضوع به ذهن انسان خطور کند که قصور پزشکی بیشتر از طبیعت بیماری ها به انسان ها لطمه می زند ولی نکته ای که وجود دارد این است که باید بررسی شود که چگونه می توان از به وجود آمدن چنین پدیده ای جلوگیری کرد. بعضی قصورات مانند بی مهارتی را می توان با روش های آموزش صحیح اصلاح کرد ولی بی احتیاطی ها و بی مبالاتی ها را باید همانند جرائم رانندگی با در نظر گرفتن جریمه و مجازات کاهش داد. جریمه ها و مجازاتی که بازدارنده باشند و نه بی اثر. نکته مهم تر آن است که اگر روند اداری شکایت کردن، مسیری طولانی و دشوار باشد این مساله خود باعث می شود که شاکیان از کار خود منصرف شوند و عملاً افراد به حقوق خود نرسند. علاوه بر آن اگر فردی مصر باشد مراحل اداری شکایت کردن را تا آخر ببیماید باید دید که آیا در ساختار فعلی دادگاه های نظام سلامت حق به حق دار می رسد یا نه؟!

آسیب شناسی محاکم داوری سلامت

محاکم داوری مربوط به حوزه نظام سلامت را که مردم می توانند حقوق خود را پیگیری کنند می توان به دو بخش تقسیم کرد؛ دادگاه های عمومی، سازمان نظام پزشکی که هر یک خود بخش های ویژه ای برای رسیدگی به مسائل حقوقی حوزه سلامت دارند.

در آسیب شناسی

محاکم داوری

سلامت دو

سوال اساسی

مطرح است:

الف - آیا در سازمان

نظام پزشکی

به درستی به

شکایات بیماران

رسیدگی می شود؟

ب - در صورت

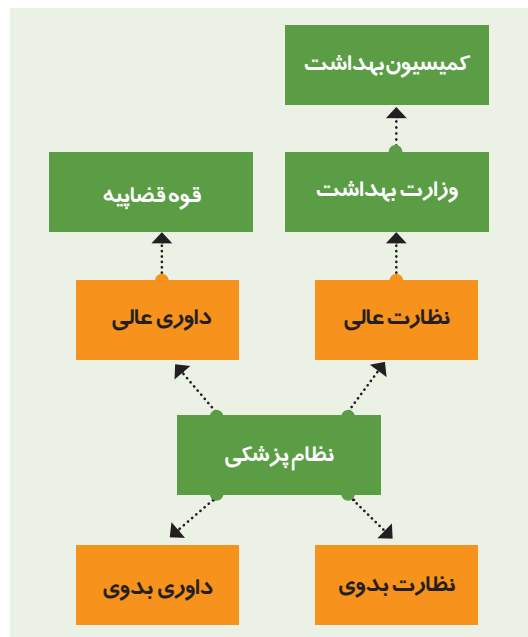
رسیدگی آیا جرائم

بازدارنده ای بر

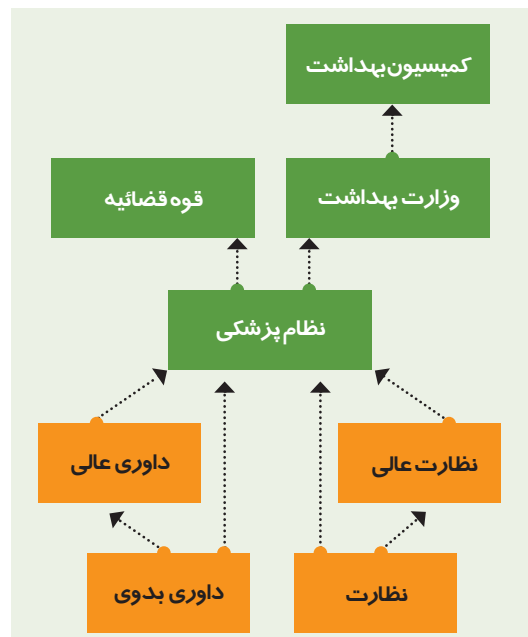
خاطیان اعمال

می شود؟

ساختار بهینه



ساختار موجود



سپرده‌اند و در واقع وکیل به جای قاضی حکم صادر می‌کند. البته به وکیل مدافع توصیه کرده‌اند که هوای شاکی را هم داشته باشد! بر طبق قانون نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳ وظیفه حاکمیتی نظارت و داوری عالی به صنف پزشکان سپرده شده است؛ یعنی شما به کسی شکایت می‌برید که خود خطا کار و یا مسئول خطای انجام شده است. در توجیه این امر نیز گفته می‌شود که حوزه پزشکی نیاز به دادگاه‌های تخصصی دارد و امکان آن که یک قاضی بتواند در حوزه تخصصی پزشکی اظهار نظر کند وجود ندارد. خوب راه حل مناسب تر آن بود که یا قاضی را از علم پزشکی مطلع کنند و یا همانند سایر کشورها از پزشکان به عنوان مشاور در کنار امر قضاوت استفاده کنند. پرواضح است که بین دادگاه صنفی تفاوت خیلی زیادی وجود دارد. دادگاه صنفی تشکیل گردد و دادگاه صنفی تفاوت خیلی زیادی وجود دارد. دادگاه صنفی یعنی دادگاهی که تشکیل می‌شود تا از حقوق اعضای صنف خود دفاع کند. در حالی که دادگاه تخصصی خارج از صنف هیچ تعهدی برای دفاع از حقوق گروه خاصی را ندارد و تنها قضاوت عادلانه را مدنظر دارد.

تفویض اختیارات قضاوت به این نهاد صنفی تا آنجا پیش رفته است که حتی مراجع قضایی -اداری و وزارت بهداشت نیز در صورت کشف تخلف پزشکی می‌بایست در دادرهای انتظامی وابسته به سازمان نظام پزشکی اقامه دعوی کنند (ماده ۳۰ بند ب و د قانون سازمان نظام پزشکی).

همچنین مطابق قانون (ماده ۲۹ سازمان نظام پزشکی) دادرهای انتظامی مشروعیت خود را از رأی صنف پزشکان به دست می‌آورد، در این صورت اگر پزشکان از نحوه قضاوت دادستانی خوششان نیاید و حضور وی را مانع کارهای خود ببینند می‌توانند مشروعیت وی را لغو کنند. آیا به نظر شما چنین ساختاری عادلانه و حق طلبانه است؟

◆ پاسخ سؤال دوم: قانون دور زدن!

برای بررسی پاسخ سؤال دوم باید نگاهی به میزان جریمه‌های تعیین شده برای تخلفات پزشکی انداخت. نوع و میزان جریمه‌های تخلفات توسط قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی تعیین می‌گردد. این قانون در سال ۱۳۶۷ به تصویب رسیده و در سال ۱۳۷۳ اصلاح گردیده است. دو مشکل اصلی وجود دارد.

اولاً پرونده‌های احتکار در بخش سلامت کشور قبل از هر چیز باید به تأیید گروهی از افراد برسد. در این گروه سه نفر حضور دارند. سرپرست سازمان نظام پزشکی، نماینده دانشگاه و نماینده وزارت بهداشت استان مربوطه. نام این گروه را کمیسیون گذاشته‌اند که چون در ماده ۱۱ قانون به آن اشاره شده به کمیسیون ماده ۱۱ معروف گردیده. بعد از تأیید این گروه پرونده برای تعیین جریمه به سازمان تعزیرات می‌رود. وجود چنین دروازه عبوری برای پرونده‌ها این امکان را به وجود آورده که خیلی از پرونده‌ها به سازمان تعزیرات نرود و روابط به جای ضوابط حاکم گردد.

ثانیاً مجازات در نظر گرفته شده بازدارنده نیستند به طور مثال به یکی از مواد قانون دقت فرمایید: «خودداری یک بیمارستان از پذیرش و ارائه خدمات اولیه لازم به بیماران اورژانس در مرتبه اول دارای جریمه نقدی از ۱۰ تا ۵۰ هزار تومان، توبیخ کتبی و درج در پرونده پزشکی است» (ماده ۳ فصل اول قانون تعزیرات).

در حالی که هزینه انجام تخلف می‌بایستی چنان بالا باشد که حتی اگر امکان بسیار کمی برای تخلف وجود داشته باشد باز هم به واسطه وجود جرائم بسیار سنگین، انگیزه‌ای برای انجام تخلف وجود نداشته باشد. اگر خواهان جلوگیری از انجام تخلف هستیم باید از نامعادله قاعده پذیری افراد و بنگاه‌ها که در ادامه آمده پیروی کنیم.

امکان به دام افتادن متخلف × جریمه تخلف < تعداد دفعات ارتکاب تخلف × سود تخلف

جهت سوق دادن مخاطب به انجام ندادن کار خلاف باید هزینه انجام تخلف را بالا برد. که این هم شامل جریمه‌ها و هم شامل افزایش امکان کشف تخلف می‌شود.

◆ آسیب‌شناسی نظارت بر پزشکان

هیچ‌گاه دیده نشده که در بازی فوتبال داوری بازی به عهده مربی یکی از

تیم‌ها باشد. چرا که نتیجه چنین بازی‌ای از قبل معلوم است و غیر منطقی بودن آن هیچ جای ابهامی ندارد؛ اما متأسفانه باید اذعان کرد که در بعضی از سازمان‌های کشور چنین اتفاقی به‌سادگی رخ داده است و به کسی هم بر نخورده!

پس از ادغام سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در دانشگاه‌های علوم پزشکی و اضافه شدن معاونت‌های سلامت و غذا و دارو به دانشگاه‌ها عملاً وظیفه نظارت بر مراکز درمانی و دارویی (اعم از خصوصی و دولتی) به دانشگاه‌ها واگذار شد.

اولاً طبق تعاریف آموزش و پژوهش، رسالت اصلی دانشگاه است و ارزیابی جایگاه دانشگاه‌ها بر اساس این دو صورت می‌گیرد. در نتیجه دانشگاه انگیزه‌ای برای اختصاص اعتبارات مالی و پرسنلی بر امور نظارتی ندارد. ثانیاً سپردن امور نظارتی به نهادهای که خود مجری درمان است صحیح نیست. وقتی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی همگی متعلق به دانشگاه هستند اگر تخلفی هم در یکی از این مراکز رخ داد آن دانشگاه خیلی باید از خود گذشته باشد که تخلف را به مقامات بالاتر گزارش دهد. ثالثاً در مورد بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خصوصی هم باید گفت که حضور ذی‌نفعان و سهامداران بخش خصوصی در کادر دانشگاه‌های علوم پزشکی باعث شده که پرونده تخلفات مراکز درمانی خصوصی هم مسکوت بماند. چرا که تشدید نظارت بر بخش‌های درمانی خصوصی و حتی دولتی منافع ذی‌نفعان و سهامداران را به خطر می‌اندازد. رابعاً اگر دانشگاه قصد نظارت مؤثر را نیز داشته باشد، ابزاری برای اعمال نظر ندارد چرا که وظایفی مانند صدور پروانه و بخش اعظمی از اختیارات برخورد با متخلفین بر عهده سازمان صنفی نظام پزشکی است؛ بنابراین دانشگاه تنها می‌تواند نظارت خود را در حد اخطار و جریمه نقدی اعمال کند. به این مثال توجه کنید؛ برای افزایش کیفیت آموزش به دانش‌آموزان سیاست زیر پیشنهاد شده است: «حقوق و مزایای معلم با میانگین نمره کلاس متناسب شود» به نظر شما این سیاست در چه حالتی می‌تواند باعث ارتقای کیفیت آموزش شود؟ معلم، ممتحن و مصحح باشد یا این که این دو کار از یکدیگر مستقل باشند؟

◆ مدل پرداخت به پزشک خانواده نمونه‌ای از مدل خود نظارتی

در این مدل مبنای پرداخت به پزشکان از اهمیت خاصی برخوردار است. در واقع هر پزشک خانواده مسئولیت صیانت از سلامتی چندین نفر را بر عهده دارد و به ازای حفظ سلامت افراد تحت پوشش خود از شرکت بیمه حقوق قابل قبولی (سرانه) را دریافت می‌کند. در صورتی که یکی از افراد تحت پوشش پزشک به هر دلیلی بیمار شود، پزشک در بخشی از هزینه‌های تشخیصی و درمانی بیمار شریک بوده و درواقع ملزم به پرداخت هزینه می‌گردد (از سرانه‌وی کسر می‌گردد). حتی اگر فرد بیمار شده و پزشک خانواده مربوطه به دلیل شرکت در هزینه درمان او را تحت درمان قرار ندهد، در صورت اثبات این موضوع توسط بیمار شرکت بیمه سرانه پزشک را کاهش داده و می‌تواند حتی جریمه‌های مختلفی برای او در نظر بگیرد. چنانچه درمان فرد بیمار از توان پزشک خانواده خارج باشد وی می‌تواند بیمار را به پزشک متخصص مورد نظر خود ارجاع دهد و هزینه‌های مربوطه توسط شرکت بیمه پرداخت خواهد شد اما شرکت بیمه برای اطمینان از عدم تبانی بین پزشک خانواده و پزشک متخصص در صدی از هزینه درمان پزشک متخصص را مجدداً از پزشک خانواده دریافت می‌نماید.

مبتنی بر سازوکارهای فوق می‌توان تقریباً مطمئن بود که پزشک در وهله اول اجازه بیمار شدن به افراد تحت پوشش خود را نمی‌دهد و در وهله بعد، در صورت بروز بیماری تمام تلاش خود را می‌کند تا با کمترین هزینه‌های تشخیصی و درمانی و با بالاترین کیفیت درمان فرد انجام شود و برای او واضح خواهد بود که در غیر این صورت هزینه‌های مالی بیشتری به او تحمیل خواهد شد. گرچه مدل پزشک خانواده دارای جزئیات و نکات بیشتری است اما توضیح اجمالی فوق صرفاً باهدف توضیح یک سازوکار خودکنترل نظارتی است که می‌تواند بسیار کارا تر از روش‌های نظارتی سنتی سطح کیفیت و قیمت خدمات حوزه بهداشت و درمان را مدیریت نماید.

پرونده دوم

■ طرح تحول نظام سلامت



هیچ‌گاه دیده نشده

که در بازی فوتبال

داوری بازی به

عهده مربی یکی

از تیم‌ها باشد.

چرا که نتیجه

چنین بازی‌ای از

قبل معلوم است

و غیر منطقی بودن

آن هیچ جای

ابهامی ندارد

در حالی که در

نظام سلامت

این گونه نیست



حسین حائمی

چالش های نظام بیمه در گفت و گو با معاون درمان سازمان تامین اجتماعی

طرح تحول را باید بیمه ها اجرا می کردند نه وزارت بهداشت

گفت و گو
علی احمدی

نظام بیمه‌ای وزارت بهداشت همانند دو قیچی هستند که اگر جهت گیری و هماهنگی مناسب داشته باشند، می‌توانند گره بسیاری از مشکلات نظام سلامت را باز کنند، با این حال از ابتدای تأسیس مراکز بیمه‌ای در کشورمان، همواره این دو لبه در تعارض بوده‌اند و این موجب ناکارآمدی نظام سلامت و اعمال فشار بیشتر به مردم شده است، نمونه آن را می‌توان در طرح تحول نظام سلامت دید که هر چند در ابتدا این دو لبه باهم همراه بودند اما در زمانی کوتاه مجدداً از هم دور شده‌اند، البته طی ماه‌های اخیر بعد از چند دعوی رسانه‌ای، دو وزیر مهم کابینه دولت یعنی وزیر رفاه و بهداشت، تصمیم گرفتند به جای این دعوای رسانه‌ای، در پشت میز کارشناسی مشکلاتشان را حل کنند. فارغ از این تضاد و درگیری، جایگاه واقعی بیمه در نظام سلامت برای متولی سلامت یعنی وزارت بهداشت و بیمه‌گران محقق نشده است. برای تبیین جایگاه واقعی بیمه در نظام سلامت سراغ معاون درمان سازمان تامین اجتماعی دکتر محمد علی همتی رفتیم، سازمانی که تا قبل بیمه همگانی سلامت ایرانیان بزرگ‌ترین بیمه‌گذار کشور با چندین میلیون نفر تحت پوشش بود و الان در مقام دوم قرار دارد.

◆ از ابتدای طرح تحول بار مالی بیمه‌ها پیش‌بینی نشده بود؟

◆ بنا نبود هزینه‌ها در این حد باشد. به تدریج بار مالی اضافه شد و هزینه‌های زیاده‌تری به وجود آمد و قاعدتاً سازمان‌های بیمه‌گر دچار مشکل شدند. گام سوم یک شوک در هزینه‌ها ایجاد کرد. خدمات جدید که بعداً اضافه شد هم هزینه‌ها را بالا برد، مثل کتاب ارزش نسبی خدمات، K۲ و K۲ غیر هیئت علمی، Pain، انتقال خون، پیوند، داروهای نازایی و غیره. همه این‌ها اضافه شد و به تدریج هزینه‌های سازمان بیمه‌گر را افزایش داد و دیگر سازمان‌ها توان تحمل چنین باری را نداشتند. به عبارت بهتر سازمان تامین اجتماعی در قبل از طرح تحول ماهیانه ۳۸۰ میلیارد تومان به طرف قرارداد پرداخت می‌کرد. ابتدای سال ۹۴ که طرح تحول سلامت مستقر شد ۸۳۰ میلیارد تومان پرداخت کردیم و در طی سال ۹۴ این اعداد در حال افزایش است. در ۳ ماه پیش این عدد به ۸۸۰ میلیارد رسید و اخیراً با محاسباتی که انجام دادیم در ماه گذشته حدود ۱۰۰۰ میلیارد تومان پرداخت کردیم؛ که از این عدد ۵۰۰ میلیارد تومان مربوط به بیمارستان‌های دانشگاهی و بقیه مربوط به سایر مراکز درمانی است. این نشان‌دهنده حجم بسیار زیاد هزینه‌هایی است که طرح تحول ایجاد کرده است. خوشبختانه از چند ماه قبل با تفاهمی که بین دو وزارتخانه انجام شد دیدگاه کاهش هزینه‌ها را ایجاد کردیم. کمیته‌های مشترکی بین وزارت رفاه و سازمان‌های بیمه‌گر تشکیل

◆ در دنیا مدل‌های مختلفی برای تأمین منابع وجود دارد کشورهایی مدل بیسمارکی را انجام می‌دهند کشورهایی از مالیات استفاده کرده و طب ملی را دنبال می‌کنند و برخی کشورها حساب‌های سلامت و مدل‌های متنوع و بعضاً ترکیبی را انتخاب کرده‌اند. مدل فعلی تأمین منابع کشور ما به کدام مدل نزدیک است؟ و آیا این مدل کارآمد بوده است؟ یعنی توانسته است تجمیع ریسک را محقق بکند یا خیر؟

چند ماهی است برخلاف ماه‌های قبل که تقابل وجود داشت با درایت هر دو وزیر تمام تلاشمان این است که همین منابعی که با هر روشی در حال تأمین است را درست هزینه کنیم. در اوایل، وزارت بهداشت دیدگاه ایجاد هزینه داشت و دغدغه نداشت که بیمه‌ها توان تحمل این فشار را دارند یا ندارند. لذا در موقعیتی قرار گرفتیم که متوجه شدیم طرح تحول سلامت برای یک سال حداقل ۳ هزار میلیارد تومان بار مالی دارد، این عدد برای سازمانی که کل هزینه‌هایش در بخش سلامت در سال گذشته ۱۰ هزار میلیارد و در سال جاری ۱۶ هزار میلیارد است، عدد بسیار بزرگی است و سازمان تامین اجتماعی زیر چنین باری رفت و قبول کرد. چون اعتقاد داشت که باید از این طرح حمایت کند ولی به تدریج بار مالی طرح برای سازمان‌های بیمه‌گر فزونی گرفت.

شد تا مدیریتی بر هزینه‌ها اتفاق بیفتد، بدون اینکه خدمات کاهش پیدا کند.

❖ بخشی از این افزایش هزینه به دلیل خرید منفعلانه بیمه‌ها است؛ یعنی بیمه‌ها نقش بیمه‌ای ندارند و فقط به عنوان یک صندوق و قلم عمل می‌کنند.

❖ واژه قلم رانمی‌پسندم. در واقع بهتر است بگوییم مسیری برای انتقال پول یا یک صندوق است، چون اهداف بیمه خیلی بالاست. بالاخره سازمان‌های بیمه‌گر بایستی خرید راهبردی داشته باشند و این خرید راهبردی قاعدتاً یکی از مسیرهایی است که سازمان‌های بیمه‌گر باید برای رسیدن به آن تلاش کنند. یکی از مسائلی که در مسیر راهبردی شدن خرید خدمات پیش آمد، کاهش قدرت سازمان‌های بیمه‌گر برای خرید راهبردی است؛ یعنی در واقع به نوعی خرید راهبردی در سازمان‌های بیمه‌گر تحت الشعاع قرار گرفته است.

❖ تحت الشعاع چه چیزی قرار گرفته است؟

❖ هم طرح تحول و هم نظام ارائه خدمت در کشور. در سازمان تأمین اجتماعی در دو مقوله بر روی خرید راهبردی کار می‌کنیم. یکی بحث کنترل هزینه که به نوعی خرید راهبردی محسوب می‌شود؛ یعنی ما با همکاری کارشناسان وزارت بهداشت تعریف کردیم که صرفاً خدمات باید خریده بشود و نه حواشی آن‌ها، دوم اینکه از طریق شرکت‌های TPCO خرید راهبردی دارو را شکل می‌دهیم. در خرید راهبردی دارو خرید به صورت عمده انجام می‌شود و قاعدتاً حاشیه سود کارخانه‌ها کم شده و در حجم بالای فروش جبران می‌گردد و به این طریق درصد قابل توجهی از هزینه‌های بیمه کاسته می‌شود. این‌ها در واقع روش‌های خرید راهبردی است که در حوزه درمان اتفاق می‌افتد و در بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی اجرا می‌شود. ولی در این زمینه کارهای بسیار دیگری نیز می‌توان انجام داد. خرید راهبردی دامنه وسیعی دارد و من فکر می‌کنم همه کارگزاران و کنشگران حوزه سلامت می‌توانند در این زمینه وارد شوند.

❖ همان طور که اقتصاد سلامت هم به آن رسیده است بیمه‌ها می‌توانند محور سیاست‌های پیشگیری باشند. چرا که با این سیاست‌ها هزینه‌ها پایین می‌آید و این انگیزه هم به طور ذاتی در نظام بیمه‌ای کشور وجود دارد.

❖ من به سؤال ایراد دارم. این انگیزه به طور ذاتی وجود ندارد. ما در اینجا خلاء قانونی داریم. ما در قانون سازمان تأمین اجتماعی بحث پیشگیری از بیماری، خدمات اولیه مثل واکسیناسیون و آموزش بهداشت را نداریم. در قانون تأمین اجتماعی کاملاً تعریف شده است که ما چه خدماتی را باید ارائه کنیم، این خدمات بیشتر خدمات ناشی از سوانح، بیماری‌ها، زایمان و بارداری است و فراتر از این قانون نباید کاری را انجام دهیم. همیشه پیشگیری ارزان‌تر است و باعث می‌شود تا در سال‌های آینده هزینه‌های کمتری را انجام بدهیم. با این دیدگاه قدم‌هایی در سازمان برداشته شده است. نمی‌گوییم قدم‌های بزرگ و بلندی برداشته‌ایم ولی کار شروع شده است. سال گذشته وقتی کتاب ارزش نسبی خدمات را بازنگری می‌کردیم حدود ۳۰۰ خدمت به خدمات کتاب اضافه شد که تعداد قابل توجهی از خدمات، خدمات پیشگیرانه بود یعنی بیمه‌ها وارد این کارزار شدند و قبول کردند که خدمات آموزش بهداشت دهان و فلورایدترابی را ارائه کنند. همچنین در بحث تغذیه وارد شدند و هزینه‌های بهداشت تغذیه را پرداخت کردند. بهداشت روان و آموزش‌های بهداشت روانی و سایر مشاوره‌ها و روان درمانی‌ها در کتاب وارد شد و عملاً به عنوان خدمات پرداختی بیمه‌ها تلقی گردید. همه این‌ها جنبه‌هایی از خدمات پیشگیرانه‌ای است که وارد کتاب شد و بیمه‌ها هم قبول کردند. این مسئله سابقه نداشته و ما برای اولین بار شاهد این هستیم که این نگرش در بیمه‌ها ایجاد شده و امیدوارم و اعتقاد دارم قابل گسترش است.

❖ نداشتن انگیزه ذاتی به خاطر این است که بیمه‌های ما بیشتر دولتی هستند و انگیزه صرفه‌جویی در منابع هم وجود

ندارد. در خیلی از کشورها سیاست‌های پیشگیری محوری مثل پزشک خانواده و پرونده الکترونیک سلامت که در کشور ما هم بنا بود انجام بشود و به شکست خورد، توسط بیمه‌ها انجام می‌شود اما در کشور ما این گونه نیست، تأمین اجتماعی این آمادگی را ندارد که پزشک خانواده و پرونده الکترونیک سلامت را انجام بدهد؟

❖ سؤال خوبی است؛ اما من ۲ اشکال به این سؤال وارد می‌دانم. یک اینکه ما قبول نداریم پزشک خانواده شکست خورده است. دوم این که سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان دولتی نیست نهاد عمومی غیردولتی است. ارتباطان با دولت آنجایی است که مدیرعامل سازمان را وزیر رفاه پیشنهاد می‌کند. این ارتباط وجود دارد اما منابع و هزینه‌های سازمان مرتبط با دولت نیست و کاملاً متکی بر منابع داخلی سازمان هستیم. ما در ماه ۳۲۰۰ میلیارد تومان مستمری می‌دهیم این مبلغ را با مبلغ هدفمندی یارانه‌ها مقایسه کنید و حتی یک روز هم در این پرداخت تأخیر نشده است بدون شک ما باید به سمت یک نظام ارجاع دقیق و کامل در کشورمان حرکت کنیم و پزشک خانواده را به عنوان محور ارائه خدمات بشناسیم، در این زمینه شاید موفق عمل نکردیم. در ۲ استانی که داریم این کار را انجام می‌دهیم ۲ گونه کار می‌کنیم و در هر دو استان هم ناقص عمل می‌کنیم. در یکجا خط سوم را اصلاً تعریف نکردیم و در یکجا از مراجعه‌کننده فرانشیز می‌گیریم که این‌ها همه خلاف نسخه ۰۲ نظام ارجاع و پزشک خانواده است. اگر این نظام به درستی انجام شود قاعدتاً هزینه‌های درمانی به موقع و به خوبی پرداخت خواهد شد. کشور در اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده دچار اشکال است. البته تأکید می‌کنم که در خیلی از کشورهای جهان چند سال طول کشید تا این نظام کامل اجرا شد. یکی از مسائل ما این است که ستاد کشوری نظام ارجاع زیاد قوی عمل نمی‌کند. جلسات به موقع تشکیل نمی‌شود و سیاست‌گذاری خوب و به موقعی را انجام نمی‌دهد. به همین دلیل طرح ارجاع در دو استان گیلان و مازندران مانده است و به دیگر استان‌ها توسعه نمی‌یابد. قاعدتاً ما به عنوان سازمان بیمه‌گر همه هزینه‌های طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده را تقبل می‌کنیم چون به این طرح اعتقاد راسخ داریم.

❖ به جای اینکه در قانون اجرای این طرح به وزارت بهداشت محول بشود اگر به سازمان‌های بیمه‌گر محول می‌شد، شاید الآن اوضاع بهتری داشتیم.

❖ حرف درستی است. باید بین خریدار و ارائه‌دهنده خدمت تفکیک قائل شد، اگر نه دچار یک منازعه خواهیم شد و این را باید کاملاً مورد توجه قرار دهیم، در سازمان تأمین اجتماعی این تفکر وجود دارد، شما در دوره‌های قبل هم شاهد بودید در زمان ریاست دکتر حافظی سازمان تأمین اجتماعی طرح پزشک امین را در همین راستا شروع کرد. مقاومت‌ها و مخالفت‌هایی شد، چون شاید با وزارت بهداشت به عنوان متولی نظام سلامت هماهنگ نبود و نهایتاً کار متوقف شد. من نمی‌خواهم تحلیلی در زمینه طرح پزشک امین داشته باشم ولی می‌خواهم بگویم آن بحث و شروع پزشک امین در راستای همین مسائلی است که مطرح شد و این نشان‌دهنده انگیزه‌های قوی در سازمان برای اجرای نظام پیشگیری است. در مورد نسخه الکترونیک هم باید بگویم که ما در سازمان تأمین اجتماعی در طول یک سال گذشته کارهای زیادی را در این زمینه شروع کردیم و خوشبختانه از حدود ۲ ماه قبل در استان یزد طرح نسخه الکترونیک عملیاتی شد. به خصوص در رشته‌هایی که داروهای بسیار گران‌قیمتی را نسخه می‌کنند که در آنجا هدر رفت منابع خیلی زیادی داریم و هزینه‌های بسیار زیادی را برای سازمان ایجاد می‌کند. امیدواریم یک سال و نیم بعد بتوانیم نسخه الکترونیک را در همه کشور و همه تخصص‌ها اجرا کنیم. اما بحث پرونده الکترونیک هم که یک بعد وسیع‌تر این پروسه است را ابتدا با استقرار HIS در بیمارستان‌ها شروع کردیم. من خوشحالم که عرض کنم در پایان سال ۹۴ جشن استقرار HIS را در همه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی سازمان جشن خواهیم گرفت. این کار بسیار بزرگ و پایداری است که اتفاق افتاد و به دنبال آن پرونده الکترونیک بیماران را در بیمارستان‌هایمان خواهیم داشت. مقدمات تبادل اطلاعات بین

پرونده دوم

■ طرح تحول
نظام سلامت

کشور در اجرای
نظام ارجاع و

پزشک خانواده

دچار اشکال است،

یکی از مسائل

ما این است که

ستاد کشوری نظام

ارجاع زیاد قوی

عمل نمی‌کند.

جلسات به موقع

تشکیل نمی‌شود

و سیاست‌گذاری

خوب و به موقعی

را انجام نمی‌دهد.

به همین دلیل طرح

ارجاع در دو استان

گیلان و مازندران

مانده است

بیمارستان‌های تأمین اجتماعی و HTS وزارت بهداشت انجام شده است و به‌زودی این ارتباط برقرار خواهد شد تا هم ما بتوانیم از مجموع اطلاعات وزارت بهداشت استفاده کنیم و هم آن‌ها بتوانند از مجموع اطلاعات سازمان استفاده کنند و حتی پرداخت‌های تأمین اجتماعی به مراکز طرف قرارداد بتواند از طریق HIS و پوشش الکترونیکی که HIS به ما می‌دهد انجام شود.

◆ نظرتان در بحث تخصیص منابع چیست؟ پرداخت‌ها باید به‌صورت متمرکز از کانال بیمه باشد؟

◆ توزیع منابع عمدتاً از طریق بیمه باید باشد.

◆ اسناد بالادستی هم همین را می‌گویند؟

◆ بله قطعاً، اما در عمل چیز دیگری است. در سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری بسیار خوب به این مسائل اشاره شده است. خیلی دقیق و خیلی واضح، تفکیک منابع، تفکیک وظایف، تفکیک تولید، خریدار خدمت، همه دقیق آمده است. ما نباید سلیقه‌ای تفسیر کنیم، متأسفانه این مشکل وجود دارد که همه موضوع را از دیده خودشان می‌بینند و نکاتی که به نفع خودشان است را برداشت می‌کنند. سیاست‌های کلی سلامت را به‌صورت مجموعه باید نگاه کرد.

◆ در بحبوحه بحث تجميع بیمه‌ها همیشه ۲ نکته وجود دارد که کارشناسان آن‌ها را از هم تفکیک می‌کنند، یکی بحث تجميع بیمه‌ها و یکی انتقال بیمه‌ها به وزارت بهداشت که مسئولین وزارت بهداشت اوایل روی این نکته بیشتر تکیه می‌کردند اما گویا در این اواخر روی این مسئله پافشاری نمی‌کنند. سرانجام این بحث‌ها چه خواهد شد؟

◆ یکی از مسائل این بود که سازمان‌های بیمه‌گر متفاوت عمل می‌کنند و خدمات پایه متفاوتی را ارائه می‌دهند. این مسئله خوشبختانه با درایت وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی خیلی خوب مدیریت شد. هشت کمیته در این مورد تشکیل شد و این کمیته‌ها همه خدمات سازمان‌های بیمه‌گر پایه را احصاء و سپس یکسان‌سازی کردند. این کار بسیار بزرگی بود که اتفاق افتاد. الآن که ما در خدمت شما هستیم همه سازمان‌های بیمه‌گر خدمات بیمه پایه را یکسان ارائه می‌دهند. بحث انتقال و تجميع بیمه‌ها عملاً با تجميع منابع اتفاق خواهد افتاد و بعد با ارائه خدمات یکسان مسائل زیادی در این مورد حل و فصل می‌گردد. یکی از دلایل کمتر مطرح شدن این مسئله هم می‌تواند همین موضوع باشد.

◆ نظرتان در مورد رقابتی شدن بیمه‌ها چیست؟ یعنی بستری فراهم شود تا بیمه‌ها باهم رقابت کنند و بازار انحصاری مخاطبین را نداشته باشند. با توجه به این که در سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری هم به رقابتی شدن بیمه‌ها تأکید شده است.

◆ بعضاً به این معنا و مفهوم که یک فرد بتواند بین چند بیمه انتخاب کند، ممانعت قانونی وجود دارد، چون کسی که در نیروی مسلح است نمی‌تواند بیمه‌ای غیر از بیمه نیروهای مسلح را انتخاب کند. در بحث وحدت رویه‌ای که اتفاق افتاد، همه خدمات الآن در یک سطح معین و مشخص ارائه می‌شود و

بحث رقابتی شدن شاید دیگر کارآمد نباشد.

◆ این که کف خدمات مشخص است خوب است؛ اما می‌توان کاری کرد که هر کس حق بیمه‌اش را به هر بیمه‌ای که خواست پرداخت کند.

◆ اضافه خدمات مربوط به بیمه مکمل است نه بیمه پایه. شاید بتوان گفت در همان بسته بیمه پایه هم خدمات کیفیت متفاوتی داشته باشند، این قابل بحث است، ولی فراتر از این بسته، بیمه مکمل می‌شود. در همه جای دنیا بحث بیمه مکمل را داریم، یک سری خدمات وجود دارد که بیمه‌های مکمل ارائه می‌دهند که هیچ‌وقت بیمه‌های پایه ارائه نمی‌کنند. قاعدتاً اقتصاد درمان می‌گوید نباید همه خدمات را در بیمه پایه ارائه داد. بیمه‌ها باید ریسک‌های بزرگ را پوشش بدهند.

◆ خیلی از کارشناسان به سازمان تأمین اجتماعی انتقاد دارند که تأمین اجتماعی که یک سازمان بیمه‌گر است و باید خریدار بیمه باشد چرا به ارائه خدمت هم می‌پردازد.

◆ سازمان تأمین اجتماعی بر طبق قانون الزام، مصوب مجلس شورای اسلامی موظف شد که خدمات درمانی را به‌صورت مستقیم ارائه دهد و از آن سال با تحویل تعدادی بیمارستان، خدمات درمانی مستقیم سازمان شروع شد و در حال حاضر بر طبق قانون، سازمان تأمین اجتماعی ارائه‌دهنده خدمات است.

◆ آماری از افزایش هزینه‌های سازمان دادید. بعد از طرح تحول این شائبه همیشه در ذهن کارشناسان هست که با افزایش تعرفه‌ها ممکن است قدر مطلق پرداختی مردم در کل نظام سلامت اعم از خصوصی و دولتی افزایش یابد.

◆ در بیمارستان‌های ملکی سازمان این اتفاق نمی‌افتد، به دلیل این که ما کاملاً خدمات را رایگان ارائه می‌کنیم، ما در ۷۲ بیمارستان، ۸۱ کلینیک، ۲۵۶ مرکز سرپایی همه خدمات را رایگان ارائه می‌دهیم. در بیمارستان‌های دانشگاهی بعد از این افزایش تعرفه‌ها به دلیل کاهش فرانشیز این مسئله مدیریت شد. قبل از آن مبلغ پرداختی فرانشیز در بخش بستری ۱۰ درصد و برای مناطق روستایی ۵ درصد بود. بعد از افزایش هزینه‌ها این عدد به ۶ و ۳ درصد رسید.

این مدیریت باعث شد میزان پرداختی افراد افزایش پیدا نکند و من امیدوارم این اتفاق دقیقاً همین‌طور افتاده باشد، چون در عدد و رقم خوب گزارش می‌شود اما امیدواریم در عمل هم این اتفاق افتاده باشد؛ اما به هر ترتیب باید گفت اجرای طرح تحول نظام سلامت میزان دسترسی افراد جامعه به خدمات درمانی و رضایت‌مندی مردم را افزایش داد. حتماً باید تأثیرات مثبت طرح تحول سلامت را در نظر گرفت. اگر چه باید نکات منفی این طرح را هم دید. مثلاً یکی از این موارد بحث افزایش در مان القایی است. بعضی می‌گویند نه هم چین چیزی نداشتیم، بعضی می‌گویند داشتیم. آنچه من می‌توانم بگویم این است که بعد از طرح تحول نظام سلامت میزان ضریب اشغال تخت و بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی و هم در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی افزایش پیدا کرده است.



تصویب بودجه ۷۲ هزار میلیاردی تأمین اجتماعی در سال ۹۵

در پایان سال ۹۴ دو جلسه خیلی مهم را برگزار کردیم که جلسه شورای عالی صندوق‌های بیمه‌ای و تأمین اجتماعی و شورای عالی بیمه از جمله این جلسات بود. در این نشست‌ها تصمیمات مهمی گرفته شد. در حوزه تأمین اجتماعی مهمترین تصمیمی که که اتخاذ شد تصویب بودجه ۷۲ هزار میلیارد تومانی تأمین اجتماعی برای سال ۹۵ بود که این رقم قابل توجهی در شرایط اقتصادی کشور است. در بخش درمان و خرید خدمت با تفاهم نامه‌ای که میان بانک مرکزی و وزارت بهداشت امضا کردیم توانستیم عقب ماندگی مربوط به طلب بیمارستان‌های دولتی را تا حدود زیادی جبران کنیم و امروز با امضای این تفاهم نامه در بخش دولتی در سازمان تأمین اجتماعی به روز شده ایم. اگر بیمارستان‌های دولتی اسناد خود را ارائه دهند می‌توانند از طریق بانک رفاه مطالبات خود را دریافت کنند.

شفافیت اطلاعات و خودکنترلی در نظام سلامت

انتشار اطلاعات پرداخت به پزشکان

گزارش

حسن بوذرجمهری

کتاب آبی مراقبت سلامت برای شفافیت قیمت

یکی از مشکلات بازار خصوصی سلامت، هزینه سنگین خرید خدمات است. از آنجایی که خدمات سلامت کالای بی‌کشش به شمار می‌آیند، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌توانند قیمت خدمات را تا جایی که می‌توانند افزایش دهند و مردم راهی به‌جز خرید خدمت ندارند. کشورها ساختارهای نظارتی پرهزینه‌ای برای کنترل این بازار ایجاد می‌کنند به‌عنوان مثال در آمریکا که خدمات سلامت مبتنی بر بازار آزاد ارائه می‌شوند، این وضعیت به مشکل بزرگی برای مردم این کشور تبدیل شده است؛ به همین دلیل شرکت‌های متعددی در آمریکا جهت شفافیت قیمت خدمات سلامت فعالیت می‌کنند و عمده این مجموعه‌ها با فروش اطلاعات سلامت به مردم، بقای خود را تضمین می‌کنند.

یکی از مهم‌ترین شرکت‌های آمریکایی در این زمینه Healthcare Blue Book نام دارد. «کتاب آبی مراقبت سلامت» شرکتی خصوصی در ایالات متحده امریکا است که در سال ۲۰۰۸ جهت ایجاد شفافیت در قیمت خدمات سلامت و آگاهی مشتریان از هزینه‌ای که باید بابت خدمات بپردازند، تأسیس شد.

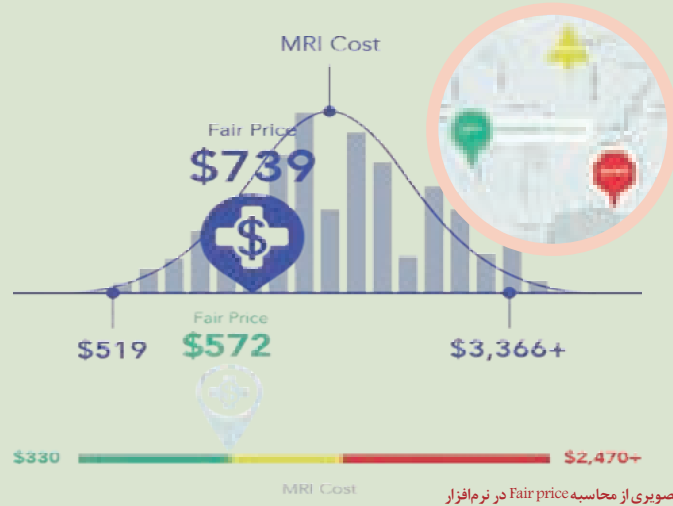
انگلستان؛ حفظ جان مردم با شفافیت در پیامدهای خدمات

در کشورهایی مانند انگلستان که ارائه خدمات ملی و دولتی است و مردم از لحاظ هزینه‌های سلامت دچار مشکل نیستند، شفافیت نظام سلامت توانسته در حیطه‌های دیگری مثر ثمر گردد. پس از رسوایی دهه ۱۹۹۰ بیمارستان بریستول انگلستان در پی نرخ مرگ‌ومیر بالای کودکان بر اثر جراحی قلب، تحقیق و تفحصی برای روشن شدن علل ریشه‌ای این اتفاق و ارائه راهکارهایی برای جلوگیری از وقوع دوباره‌ی آن‌ها انجام شد. نتیجه این تفحص که در سال ۲۰۰۱ منتشر شد شامل ۲۰۰ پیشنهاد برای NHS بود که یکی از ارکان مهم آن را نظارت بر عملکرد جراحان و دسترسی به اطلاعات مرگ‌ومیر آن‌ها تشکیل می‌داد. در سال ۲۰۰۵ و در پی اجرای کامل قانون «دسترسی آزاد به اطلاعات» در انگلستان، درخواستی برای انتشار نرخ مرگ‌ومیر جراحان قلب صورت گرفت و آمار آن توسط خبرگزاری گاردین منتشر شد.

هم‌اکنون دولت انگلستان اطلاعات پیامدهای خدمات خود را در قالب «داده باز» از طریق آدرسی اینترنتی در اختیار عموم مردم قرار داده است. نتیجه قابل توجه این شفافیت در حفظ جان انسان‌ها نمود پیدا کرد، طبق مطالعه‌ای توسط دکتر کاترین براون و همکاران در سال ۲۰۱۴، نرخ مرگ‌ومیر جراحی قلب «کودکان» از ۴/۳ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۲/۶ درصد در سال‌های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۰ تقلیل یافت. باوجودی که اصلاحات نظام سلامت انگلستان در زمینه جراحی قلب منحصر به شفافیت عملکرد جراحان نبوده است اما افراد بسیاری همچون دیوید کامرون، نخست‌وزیر انگلستان، مهم‌ترین علت این بهبود کیفیت و عملکرد را به شفافیت نسبت می‌دهند.

ارائه اطلاعات در وبسایت و نرم افزار گوشی هوشمند

این شرکت که امکانات خود را از طریق وبسایت و نرم افزار گوشی های هوشمند در اختیار کاربران قرار می دهد، با توجه به محل زندگی شما و خدمتی که درخواست میکنید، اطلاعات نزدیکترین ارائه کننده گان (شامل قیمت و کیفیت خدمتشان) را به شما ارائه می دهد. همچنین با مشخص کردن نوع بیمه خود می توانید سهم بیمه و سهم خود را از هزینه خدمت مشاهده کنید. اما نکته قابل توجه در مورد این شرکت، ارائه قیمت منصفانه برای خدمات است. «کتاب آبی مراقبت های سلامت» از الگوریتم خاصی استفاده میکند که از بین قیمت های متنوع برای یک خدمت، قیمت خاصی را به عنوان منصفانه (Fair Price) مشخص میکند. ناگفته پیداست که در چنین فضای شفافیتی، با افزایش اطلاعات کاربران در باره قیمت و کیفیت خدمات و حق انتخاب هایی که دارند وضعیت تقارن اطلاعاتی بین بیمار و شبکه در مانی بهبود می یابد و امکان بروز مشکلاتی مانند تقاضای القایی کاهش مییابد. همچنین با ایجاد فضای رقابتی، ارائه دهندگان با کاستن از هزینه ها به افزایش کارایی و اثربخشی خدمات خود اقدام می کنند و در نهایت با کاهش مجموع هزینه های نظام سلامت، دولت ها می توانند از نتایج مثبت آن بهره مند شوند.



نقش شفافیت در سلامت مالی نظام سلامت!

هر ساله حدود ۳,۰۰۰ میلیارد دلار آمریکا در بخش سلامت هزینه می شود که اکثر این مبلغ از منبع مالیات مردم تشکیل می شود. این حجم عظیم تراکنش مالی، جذابیت زیادی برای سوء استفاده ایجاد می کند.

از طرف دیگر تنوع سیستم های ارائه خدمت در جهان، کثرت مشارکت کنندگان در ارائه خدمت، عدم وجود گزارش های مناسب از ارائه خدمت در بسیاری از کشورها و پیچیدگی در تشخیص و تمایز فساد، ناکارایی و اشتباهات از یکدیگر توان برآورد دقیق تمام فسادهای موجود بخش سلامت در جهان را سخت می کند اما حجم این فساد هم در کشورهای فقیر و هم غنی، بسیار گسترده است.

بودجه هایی که مفقود می شوند

در ایالات متحده که در بخش سلامت بیشترین هزینه را جهان دارد، دو برنامه بزرگ این کشور یعنی مدیکر و مدیکید برآورد کرده اند که ۵ الی ۱۰ درصد از بودجه آنها در پرداخت های اضافی مفقود شده است. در کمبوجیه شاعلینی که در مصاحبه برای گزارش جهانی فساد سال ۲۰۰۶ شرکت کردند برآورد کردند که بیش از ۵ درصد بودجه سلامت حتی قبل از اینکه از دولت مرکزی خارج شود بر اثر فساد از بین رفته است!

سازمان شفافیت بین المللی، از سال ۲۰۰۱ اقدام به انتشار گزارش های سالانه ی فساد کرده است که در سال ۲۰۰۶ به موضوع فساد در بخش سلامت می پردازد. در این گزارش به فسادهایی از جمله فساد در بیمارستان ها، فساد در پرداخت های غیررسمی و فساد در صنعت داروسازی پرداخته شده است.

برای مثال به دلیل تخلفات شرکت های دارویی قوانین جدیدی در راستای شفاف سازی اطلاعات آن ها در اروپا و آمریکا وضع شده اند که از آن جمله می توان به اطلاعات پرداخت شرکت ها به پزشکان و نیز داده های حاصل از مطالعات بالینی اشاره کرد.

در قوانین ایالات متحده آمریکا بیشترین سخت گیری مربوط به انتشار اجباری اطلاعات پرداخت به پزشکان است اما داده های حاصل از مطالعات بالینی به صورتی داوطلبانه از طرف شرکت ها افشا می گردند. در حالی که در اروپا عکس این موضوع صادق است. با وجودی که تعامل بین کادر پزشکی، مؤسسات درمانی و شرکت های دارویی برای منتهی شدن نتایج مطالعات به تولید دارو و نیز اطمینان از تجویز صحیح داروها لازم و ضروری است، اما در بسیاری از موارد پرداخت شرکت های دارویی به پزشکان، آشکارا با قصد رشوه بوده است.

پرداخت هایی که حکم رشوه به پزشکان دارد

یکی از برجسته ترین مثال ها مربوط به شرکت Johnson است که در آوریل ۲۰۱۱ با پزشکان یونان، لهستان و رومانی توافق کرد که ۷۰ میلیون دلار بیشتر از هزینه های معمول به آن ها بپردازد تا داروهای این شرکت را خریداری کنند. بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۶، بنگاه لهستانی این شرکت ۷/۶ میلیون دلار جهت مسافرت پزشکان و مقامات دولتی هزینه کرده است. به گفته کمیسیون بورس و اوراق بهادار آمریکا (SEC)، این شرکت بین سال های ۲۰۰۰ الی ۲۰۰۷ در رومانی ۳/۵ میلیون دلار از طریق رشوه، سود کسب کرده است. موارد دیگری نیز از شرکت های بزرگی همچون Eli Lilly و Pfizer نیز گزارش شده است.

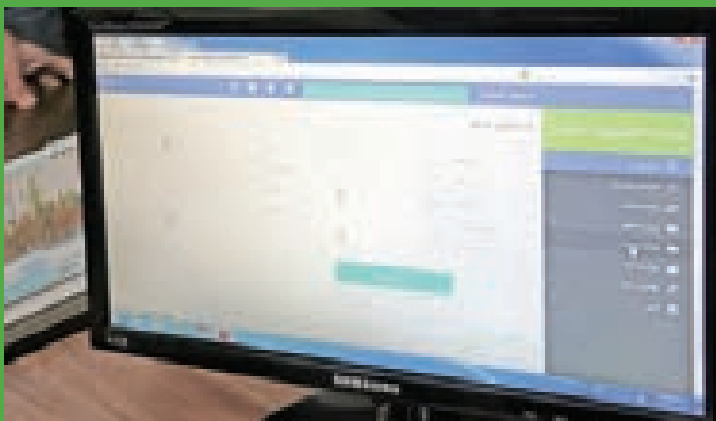
این مسئله در جایی بدتر می شود که شرکت ها مبالغی را جهت ترویج داروهای خود برای مصارفی که تأییدیه ی FDA ندارند پرداخت می کنند. بزرگترین جریمه در این زمینه ۳ میلیارد دلار است که در ژوئیه سال ۲۰۱۲ توسط شرکت GSK بابت فروش داروهای ضد افسردگی Paxil (یا paroxetine) و Wellbutrin (یا bupropion) و داروی ضد دیابت Avandia (یا rosiglitazone) برای مصارفی که تأییدیه ی FDA نداشتند، پرداخت شد. چنین مواردی منجر شده است تا در آمریکا و اروپا قوانینی تصویب شوند که شرکت های دارویی را ملزم کنند جزئیات پرداخت های خود به افراد را در اختیار مراجع مربوطه قرار دهند.

تجربه برخی کشورها در مبارزه با فساد

اقداماتی که در آرژانتین، مراکش و اوگاندا برای بهبود شفافیت انجام شده است طیفی از مداخلات ممکن برای ایجاد شفافیت در جهت مبارزه با فساد را نشان می دهد. وزارت بهداشت آرژانتین یک سیستم پایش قیمت طراحی کرد که در آن قیمت خرید دارو در ۳۳ بیمارستان عمومی قابل ردگیری شد و این اطلاعات برای تمامی بیمارستان ها به اشتراک گذاشته شد. نتیجه آن شد که قیمت های خرید فوراً به طور متوسط ۱۲ درصد کاهش یافت و برای مدت یک سال زیر قیمت پایه باقی ماند (۵). در کرواسی بیمارستان ها ملزم شدند لیست انتظار بیمار را در معرض دید عموم قرار دهند تا پزشکان نتوانند افراد خاصی را برگزینند و رشوه به بالای لیست منتقل کنند. در اوگاندا راهبردی برای اطلاع رسانی جهت کاهش انحراف و هدر رفت کمک هزینه های تحصیلی دانش آموزان که به مدارس محلی داده می شد به کار گرفته شد. فساد در این حوزه از طریق مطالعه ی ردگیری هزینه های عمومی شناسایی شده بود. در این راهبرد مبلغ کمک هزینه ابتدا از طریق روزنامه به اطلاع مردم می رسید و سپس از طریق پست به مدرسه ارسال می شد. در حالی که پیش از این اقدام اصلاحی فقط ۱۳ درصد مبلغ کمک هزینه به مدارس می رسید، پس از انجام مداخله ۸۰ الی ۹۰ درصد آن به گیرندگان اصلی رسید.

راهکارهایی برای ایجاد شفافیت در نظام سلامت ایران

بامطالعه و بررسی تجارب کشورهای مختلف می توان به طیفی از اقدامات ممکن جهت ارتقای شفافیت در نظام سلامت جمهوری اسلامی دست یافت؛ مانند: ۱- شفافیت قیمت خدمات درمانی ارائه کنندگان؛ ۲- شفافیت عملکرد پزشکان و نهادهای ارائه دهنده خدمات درمانی؛ ۳- شفافیت میزان بودجه وزارت خانه، دانشگاه ها و بیمارستان ها و نحوه تخصیص منابع آن؛ ۴- شفافیت درآمد و مخارج انواع بیمه های سلامت؛ ۵- شفافیت قراردادها و خریدهای مراکز ارائه دهنده خدمت؛ ۶- شفافیت قراردادهای پزشکان با مراکز تشخیصی درمانی خصوصی و داروخانه ها؛ ۷- تصویب قوانین حامی افشا کنندگان فساد و تخلف؛ ۸- شفافیت موجودی داروی شرکت تولید و توزیع دارو و همچنین داروخانه ها؛ ۹- شفافیت قیمت دارو در داروخانه ها و ...



پنج گام برای رسیدن به شفافیت

نهادهای مردمی در راستای چنین ضرورتی اقدام کرده باشند.

❖ **ارائه تحلیل داده ها (و یا ابزارهای تحلیل):** دسترسی به داده خام بسیار ارزشمند است، اما همچون هر ماده خام دیگری نیاز به پخته شدن دارند. این مرحله نیازمند افراد یا سازمان های حرفه ای است که بتوانند با ترکیب داده ها، تحلیل های ارزشمندی را ارائه نمایند. در سطح بالاتر بسیار مفید خواهد بود اگر ابزارهایی به صورت برخط ارائه گردند که مخاطبان خود بتوانند با ترکیب دلخواه داده ها، به تحلیل هایی جدید و متناسب با نیاز خود دست یابند. در دیگر کشورها سامانه های مختلفی چنین تحلیل هایی را به صورت رایگان و برخط ارائه می دهند و یا تحلیل های پیچیده ی خود را با نیت تجاری در اختیار می گذارند.

❖ **استفاده مردمی و رسانه ای:** در صورتی که گام های فوق به خوبی طی شود، آنگاه شرایط مناسبی برای استفاده مردمی و رسانه ای از این تحلیل ها فراهم می گردد. به طور کلی می توان گفت شفافیت یکی از مفاهیم پایه و اساسی و از زیرساخت های مورد نیاز برای نظام سلامت است و با تحقق آن در نظام سلامت می توان به حفظ جان انسان ها کمک کرد. شفافیت شامل انتشار عمومی اطلاعات به صورت داده های باز و قابل تحلیل توسط نرم افزارها است که امروزه با توجه به وجود فناوری های نوین، این کار از طریق سامانه های اینترنتی و تحت وب انجام می شود. متأسفانه در کشور عزیزمان ایران تا به حال از این زیرساخت های ارزشمند استفاده های حداکثری و لازم به عمل نیامده است و طرحی مانند پرونده الکترونیک سلامت نیز - به عنوان بخش کوچکی از شفاف سازی در نظام سلامت - هنوز پس از چندین سال به مرحله بهره برداری نرسیده است. امید است توجه مسئولین امر به این حوزه و استفاده از فناوری های نوین بیشتر گردد تا بتوانیم شاهد سلامت هر چه بیشتر نظام سلامت کشور باشیم.

❖ **تدوین قوانین پشتیبان:** مهم ترین رکن در تحقق شفافیت، وجود قوانینی است که به صورت رسمی، تولید این داده ها را برای بخش های مشخص دولتی و خصوصی الزامی کرده و رویه های مشخص و کارآمدی را برای ارائه این داده ها پیش بینی کند. همچنین بایستی این قوانین از ضمانت اجرایی و پشتیبانی مدیریت قدرتمندی برخوردار باشند.

❖ **تولید و ارائه داده:** در صورتی که «قوانین پشتیبان» به خوبی تدوین و اجرا شوند، انتظار می رود گام تولید و ارائه داده نیز به خوبی صورت پذیرد؛ اما همیشه شرایط این گونه نیست. گاهی ممکن است قانون پشتیبانی برای تولید داده ای مشخص وجود نداشته و یا ضعیف تدوین شده باشد. گاهی ممکن است ضعف در اجرا باشد و نه تدوین (برای مثال داده ها به موقع بروز نمی شوند یا ناقص ارائه می شوند). در چنین شرایطی اگر نتوان گام قبلی را اصلاح کرد، نیاز می شود تا افراد یا گروه هایی از افراد وارد عمل شده و این داده ها را تولید نمایند. در چنین شرایطی این کار با زحمات فراوان و انرژی و صرف هزینه ها یا حتی صدها برابر (در مقایسه با شرایطی که با پشتیبانی قانون خوب، داده خوب ارائه شود) صورت می پذیرد. با این حال ارزشمندی این داده ها، گروه های مردمی را به انجام چنین زحماتی وامی دارد. بدیهی است که ممکن است بخشی از اطلاعات با تدارک قانون و توسط دولت و بخش دیگر با تحقق و گردآوری مردمی فراهم گردد، کما اینکه در عمده موارد همین گونه است.

❖ **ترکیب داده:** مرحله بعدی ترکیب داده ها است. گاهی لازم است خدماتی به صورت آنلاین ارائه شوند تا داده های مختلفی که (عمدتاً به دلیل ضعف در قوانین مادر یا در اجرای آن ها) به صورت پراکنده ارائه شده است را به صورت یکجا و منسجم گردآوری و ارائه نمایند. کشورهایی که در حوزه داده باز پیشتاز هستند، پرتال واحدی را برای ارائه اطلاعات معرفی نموده اند. در غیر این صورت ممکن است برخی از



سه تهدید و سه مانع بزرگ

❖ قطع وابستگی به خارج

اولین تهدید موجود در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی، وابستگی یک سوم گردش ریالی بازار دارویی کشور به داروهای خارجی و حدود ۵۵ درصد مواد اولیه مصرفی داخل به واردات است. این داروها عمدتاً داروهای hcet-ilh و با فناوری بالا هستند و با توجه به گذر از بحران دارویی سال های ۰۹ تا ۲۹ که عامل اصلی آن وابستگی به بازار داروهای خارجی بود، باید برنامه ریزی هدفمند و بر حسب نیاز کشور برای ارتقای توان داروهای تولید داخل توسط وزارت بهداشت انجام گیرد.

در حوزه تجهیزات پزشکی نیز وابستگی زیادی به واردات داریم و شاهد صرف ارز سالیانه زیاد برای واردات این محصولات هستیم. به همین دلیل برای این بخش برنامه ریزی لازم ضروری برای ارتقای توان داخل ضروری هست.

❖ ایجاد شفافیت در زنجیره تأمین دارو

دیگر تهدید موجود در حوزه دارو وجود بازار سیاه و داروهای قاچاق و تقلبی در بازار است. آگرسری به ناصر خسرو بزیند به راحتی متوجه بازار غیررسمی دارو خواهید شد. اقدام اخیر سازمان غذا و دارو در تهیه برچسب اصالت برای محصولات دارویی و فرآورده های آرایشی و بهداشتی جای تقدیر دارد اما همچنان شاهد گردش ۵ درصدی داروهای قاچاق از نظر ریالی در بازار هستیم. به همین دلیل باید با ایجاد شفافیت جهت رصد کامل زنجیره تأمین دارو از مبدأ تا مقصد و وضع قوانین بازدارنده برای مبارزه با قاچاق دارو، بازار غیررسمی دارو را به صفر برسانیم.

❖ راهنمای بالینی برای حذف تقاضاهای القایی

تهدید دیگر در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی الگوی نامناسب تجویز و مصرف این محصولات است. با توجه به وابستگی نسبی ریالی کشور به واردات دارو و تجهیزات پزشکی و وجود تقاضاهای القایی زیاد، در بیشتر مواقع شاهد هدر رفت منابع بسیار زیاد هستیم و این امر با توجه به منابع محدود موجود در کشور، مقرون به صرفه نیست. راهکار آن ابلاغ راهنماهای بالینی و اجرای طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده برای ارتقای سلامت مردم و جلوگیری از هدر رفت منابع است.

❖ موانع موجود

- ۱: وجود افراد با تضاد منافع در بدنه نهادهای حاکمیتی و فشار بر روی مسئولین برای تحقق اقتصاد مقاومتی در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی و برچسب اصالت کالاهای سلامت
- ۲: کم کاری نهادهای ناظر بر اجرای قانون همچون مجلس شورای اسلامی برای مطالبه اجرای قوانین بالادستی از دولت
- ۳: فقدان اطلاعات جامع درباره توزیع و مصرف دارو در کشور و عدم برنامه ریزی لازم برای مدیریت زنجیره تأمین دارو

دغدغه های
تولیدکنندگان وطنی
تجهیزات پزشکی

چالش های نظام سلامت در عرصه
دارو و راهکارهای حل آن
از تولید وابسته
تا مصرف القائی

قیمت گذاری دارو
در ایران واقعی یا
غیر واقعی؟

گفت وگو با معاون وزیر بهداشت و رئیس سازمان غذا و دارو

وابستگی دارویی

گفت وگو با رئیس هیات مدیره شرکت دارویی سیناژن

اقتصاد دارویی با پرچم داری بیوتک

۸۶

۹۶



گفت‌وگو با معاون وزیر بهداشت
و رئیس سازمان غذا و دارو

وابستگی دارویی



گفت‌وگو
سجاد اسماعیلی

دارویی یکی از کالاهای حیاتی مورد نیاز جامعه است و باید از ابعاد ایمنی، کارایی و قیمت متناسب به همراه ضرورت دسترسی عادلانه و پایدار برای عموم جامعه فراهم گردد. برای بررسی وضعیت نظام دارویی کشور، به گفت‌وگو با دکتر رسول دیناروند ریاست سازمان غذا و دارو پرداختیم تا مسائل دارو در کشور و اولویتهای سیاست‌گذاری سازمان را بررسی کنیم؛ البته دکتر دیناروند بسیاری از انتقادات از جمله لزوم تفکیک سازمان غذا و دارو از وزارت بهداشت را نپذیرفت اما صحبت تلخی از تضاد منافع برخی افراد و دستگاه‌ها در پیشبرد برنامه‌هایی همچون تقویت تولید داخلی و ساماندهی مصرف دارو کرد ولی امیدوار به ممنوعیت کامل واردات داروهای غیر رسمی که عامل اصلی بحران در سال ۹۱ شناخته شده‌اند، بود. در ادامه این گفت‌وگو را بخوانید.

❖ بازار دارویی کشور چه میزان گردش مالی داشته است و چه میزان آن مربوط به تولیدات داخلی و واردات است؟

❖ بازار دارویی کشور در سال ۱۱،۹۳ هزار و ۲۰۰ میلیارد تومان بوده است که ۲ سوم بازار مربوط به داروهای تولید داخلی و ۱ سوم مربوط به داروهای وارداتی است. این در حالی است که از لحاظ حجمی داروهای وارداتی تنها ۳ تا ۴ درصد بازار دارویی کشور را شامل می‌شوند ولی از لحاظ ریالی داروهای گران‌قیمتی هستند و سهم زیادی از بازار را با توجه به حجمشان در اختیار دارند. در ۱۵ سال اخیر قبل از ۹۲ حجم داروهای وارداتی به‌صورت صعودی بود اما خوشبختانه در ۲ سال اخیر ما به سمت کاهش سهم واردات رفتیم و در آینده شاهد افزایش هرچه بیشتر سهم داروهای تولید داخلی در بازار خواهیم بود.

❖ سال ۹۴ وضعیت گردش بازار دارویی کشور چگونه بود؟

❖ سال گذشته پیش‌بینی ما افزایش ۱۵ درصد بازار دارویی کشور نسبت به سال ۹۳ بود. سال ۹۳ هم نسبت به سال ۹۲ از لحاظ ریالی ما افزایش ۱۷ درصد در بازار دارویی کشور را داشتیم. این در حالی است که افزایش بازار دارویی سالیانه ما عملاً به خاطر افزایش نرخ ارز هست و انبساطی در بازار دارویی کشور وجود ندارد؛ یعنی اگر نرخ تورم را جدا کنیم و فقط گردش ارزی را لحاظ کنیم، ما هر سال تقریباً ۴/۲ میلیارد دلار بازار دارویی در کشور داشته‌ایم و افزایش ریالی به خاطر نوسان نرخ ارز بوده است.

❖ چند درصد مواد اولیه و مواد جانبی‌ای که برای داروهای تولیدی صرف می‌شود وارداتی است؟

❖ از لحاظ مواد اولیه تولیدی تقریباً وضعیت کشور ما خوب است. بحثی که وجود دارد الآن در دنیا فقط دو کشور هستند که می‌توانند مواد اولیه بسازند. این کشورها چین و هند هستند و کشورهای اروپایی و آمریکایی که هم از این دو کشور مواد اولیه خود را وارد می‌کنند. چون وقتی کارخانه‌ای در یک مقیاس جهانی ماده اولیه تولید می‌کند طبیعتاً فروش بالا باقیمت پایین خواهد داشت. در کشور ما با توجه به سیاست‌های حمایتی تولید ماده اولیه در این چند سال اخیر، باعث شده که ما هم یک صنعت تولید ماده اولیه در کشور داشته باشیم. البته خود این مواد اولیه هم تولیدشان منوط به واردات مواد واسطه شیمیایی است و ما عملاً یک سری موادی را باید وارد کنیم تا بتوانیم ماده اولیه لازم را تولید کنیم. سهم مواد اولیه تولیدی ما کمتر از ۵۰ درصد هست و بیشتر از ۵۰ درصد واردات مواد اولیه داریم؛ اما بیشتر مواد جانبی و بسته‌بندی داروهای ما تولید داخل است.

❖ چند شرکت دارویی در کشور داریم که اقدام به تولید و واردات دارو می‌کنند؟

❖ کل ۳۰۰ شرکت دارویی در کشور داریم. خیلی از شرکت‌های دارویی ما هم تولیدکننده دارو و هم واردکننده دارو هستند و تفکیک این شرکت‌ها کمک‌کننده نیست. از این ۳۰۰ تا حدود ۱۶۰ شرکت تولیدی داریم ولی ما حدود ۱۰۰ کارخانه تولید دارو داریم. خیلی از شرکت‌های دارویی ما در همین کارخانه‌ها تولید دارو، تولید قراردادی می‌کنند. حدود همین اندازه یعنی ۱۶۰ مورد شرکت وارداتی داریم که پنج شرکت اول، واردات ۵۰ درصد بازار داروهای وارداتی را در اختیار دارند.

❖ چند مورد از این شرکت‌های دارویی مذکور دولتی یا شبه‌دولتی و خصوصی هستند؟

❖ در زمینه تولید الآن حدود ۶۰ درصد تولید در اختیار شرکت‌های شبه‌دولتی وابسته به نهادهای عمومی مثل تأمین اجتماعی، ستاد اجرای فرمان امام، بانک ملی، بانک صادرات، بنیاد شهید و هلال احمر است. برای مثال هلال احمر، ستاد اجرای فرمان امام و ... هم در تولید و هم در واردات فعالیت می‌کنند. هلال احمر حتی در توزیع دارو هم فعالیت می‌کند.

❖ سازمان غذا و دارو به عنوان نهاد حاکمیتی که زیر نظر وزارت بهداشت فعالیت می‌کند، دارای اختیارات و سیاست‌گذاری‌های وسیع

داروهای ایرانی است. این داروها تحت نظر ما تولید می‌شود و کیفیت لازم یا حداقل کیفیت برای به دوش گرفتن بار درمان کشور را دارند.

❖ **اعتقاد تولیدکنندگان دارو بر این است که اگر ما بخواهیم با برندهای معتبر خارجی رقابت کنیم و اثربخشی هم‌تراز آن‌ها داشته باشیم، به یک سری سیاست‌گذاری‌های درست و معقول مانند سیاست قیمت‌گذاری دارو که بسیار در این چند وقت اخیر مورد بحث بوده، نیاز داریم. نظر شما راجع به این موضوع چیست؟**

❖ بله من پایین بودن قیمت دارو در ایران را نسبت به قیمت واقعی‌اش قبول دارم و تقریباً ۱ پنجم قیمت داروهای وارداتی هستند. ما اگر بخواهیم قیمت بر ندر را به داروهای ژنریک بدهیم واقعاً مردم کشتش چنین افزایش قیمتی را ندارند و قطعاً موجب نارضایتی در جامعه خواهد شد. همچنین بیمه‌ها توانایی لازم برای این پوشش این قیمت‌های بالا را نخواهند داشت و برآیندش به ضرر مردم خواهد بود. به همین دلیل از داروهای ژنریک به دلیل قیمت پایینشان حمایت می‌کنیم. روشی که در خیلی از کشورهای دنیا به دلیل همین قیمت پایین داروهای ژنریک انجام می‌شود. اینجا بحث اصلی دسترسی با قیمت مناسب به داروها توسط مردم است و به نظرم باید به تعادل منطقی در قیمت‌گذاری بین سود تولیدکننده، پوشش بیمه‌ای و توانایی مردم داشته باشیم و باید در آینده به سمت این سیاست حرکت کنیم.

❖ **برخی از کارشناسان معتقدند که سازمان غذا و دارو ظرفیت لازم برای نظارت بر کیفیت داروهای تولید داخل ندارد.**

❖ بله من قبول دارم. ما به عنوان یک دستگاه دولتی امکاناتمان بسیار محدود است و توانایی بالایی برای کنترل کیفیت محصولات نداریم ولی با همین امکانات محدود حداکثر تلاشمان را برای این قضیه به کار می‌بندیم. اینجا فقط سازمان غذا و دارو درگیر نیست و همکاران ما در معاونت غذا و دارو دانشگاه‌ها در قضیه نظارت دخیل بوده و وظیفه‌شان را انجام می‌دهند. ما در معاونت‌های غذا و داروی دانشگاه‌ها حدود ۳۰۰ نفر پرسنل داریم اما در سازمان غذا و دارو ۹۰۰ پرسنل وجود دارد که این مجموعه‌ها نهایت تلاششان را برای تأمین سلامت مردم در کشور انجام می‌دهند.

❖ **در سال‌های ۹۰ تا ۹۲ شاهد بحران دارو در کشور بودیم و خب طبیعتاً بدنه اصلی جامعه با این بحران درگیر بودند و فضای نامناسبی ایجاد شد. به نظر شما علت اصلی ایجاد چنین بحرانی چه چیزی بود و سازمان غذا و دارو در وضعیت فعلی راهکارهای پیشگیرانه را برای جلوگیری از ایجاد چنین بحرانی در نظر گرفته است؟**

❖ بحران دارویی کشور ما از سال ۹۰ شروع شد، در سال ۹۱ به اوج خودش رسید و در نیمه دوم سال ۹۲ رفع شد. اگرچه ریشه اصلی آن تحریم‌های ظالمانه علیه کشورمان بود ولی سوء مدیریت داخلی هم به این قضیه خیلی دامن زد و باعث ایجاد چنین بحرانی شد. کما اینکه ما در دولت جدید بدون اینکه تحریم‌ها برداشته شود، توانستیم این بحران را مدیریت کنیم. راه‌حلش هم صرفاً از بیشتر برای تولید یا واردات نبود کما اینکه ما در سال ۹۳ ارز مصرفی‌مان در این حوزه کمتر از سال‌های ۹۰، ۹۱ و ۹۲ بود و توانستیم با همین وابستگی کمتر به ارز این بحران رو مدیریت کنیم. در وضعیت فعلی هم با شیوه مدیریت درست زنجیره تأمین دارو و کمترین وابستگی به داروهای وارداتی، از گره‌هایی که باعث ایجاد وقفه در کار می‌شوند، جلوگیری می‌کنیم.

❖ **منظور از مدیریت درست زنجیره تأمین دارو چیست؟**

❖ مثلاً میزان ارز مورد نیاز برای واردات را کنترل کنیم و وابستگی را به حداقل برسانیم. موازی با این از صنعت داخلی‌مان برای ارتقای تولید داخل استفاده کنیم تا بتوانیم این وابستگی به خارج را بیش از پیش کمتر کنیم. این کاری است که ما در این دو سال انجام دادیم و سهم داروهای تولید داخل را در بازار افزایش دادیم. در ادامه هم بیشتر انجام خواهیم داد. قیمت ارز نسبت به ۳ سال پیش ۳ برابر شده و این یعنی قیمت داروهای وارداتی ما ۳ برابر شده اما سهم داروهای وارداتی ما سه برابر نشده و حتی ارز مصرفی

در دو بخش مهم غذا و دارو است. به نظر شما این وابستگی به وزارت بهداشت خللی در اختیارات این سازمان وارد می‌کند؟

❖ قطعاً تمام وظایف و اختیارات سازمان غذا و دارو در جهت پیشبرد اهداف کلان نظام سلامت کشور است. طبیعتاً با توجه به تولید وزارت بهداشت در نظام سلامت این سازمان باید زیر نظر وزارت بهداشت باشد و در جهت سیاست‌گذاری وزارت بهداشت در حوزه سلامت انجام وظیفه کند. استقلال سازمان غذا و دارو از وزارت بهداشت به جز در چند کشور وجود ندارد و به نفع کشور ماست که این سازمان زیر نظر وزارت بهداشت باشد.

❖ **مکانیسم نظارتی وزارت بهداشت بر روی داروها و مواد اولیه وارداتی از بعد کیفیت و ایمنی چگونه است؟**

❖ کالاهای سلامت مثل دارو، فراورده‌های آرایشی بهداشتی، مکمل‌ها، تجهیزات پزشکی و فراورده‌های غذایی برای واردات باید مجوز قبلی داشته باشند؛ یعنی ما در وضعیت فعلی از متولی واردکننده محصول مورد نظر، مدارک و گواهی‌هایی را درباره وضعیت تولید، شرایط محیطی، ارزیابی‌های مختلف کنترل کیفی و... آن محصول درخواست می‌کنیم. در مورد برخی از محصولات حتی به این مدارک هم استناد نمی‌کنیم و بازرسی‌های خاصی را از مبدأ واردات انجام می‌دهیم. ولی در مورد شرکت‌هایی که مدارک و گواهی‌هایشان قابل اعتماد است، به همین‌ها اکتفا می‌کنیم.

❖ **دارویی‌هایی هستند که خارج از فهرست رسمی کشور مثل داروهای تک‌نسخه‌ای وارد می‌شوند. سازمان بر روی این‌ها نظارت دارد؟**

❖ داروهای خارج از فهرست با مجوز سازمان غذا و دارو وارد کشور می‌شوند. این داروها، با تشخیص پزشک برای معالجه برخی از بیماران تجویز می‌شود و شرکت‌هایی که به نام فوریتی یا تک‌نسخه‌ای هستند آن‌ها را وارد کشور می‌کنند. این رویه از زمان جنگ تحمیلی در کشور وجود داشته و دارد.

❖ **آیا فهرست رسمی خود سازمان غذا و دارو برای تأمین داروهای مورد نیاز کشور کافی نیست که دیگر این شرکت‌ها دارو وارد نکنند؟**

❖ بله به اعتقاد ما هم فهرست رسمی داروهای کشور به صورت جامع و کامل است و واقعاً نیازی به داروهای تک‌نسخه‌ای نیست. امیدوارم قانونی برای ممنوعیت کامل واردات این داروها تصویب شود که بی‌جهت ارز از کشور خارج نشود. حتی ما اقداماتی را برای تصویب ممنوعیت کامل واردات این داروها انجام دادیم اما در متن پیش نویس فعلی برنامه ششم توسعه در دولت این امر متأسفانه حذف شده است. البته امیدواریم مصوبه مجلس در کمیسیون بهداشت راجع به ممنوعیت واردات این داروها در صحن علنی مجلس رأی بیاورید و ما هم تکلیف قانونی خود را بدانیم. چون واقعاً تقاضاهای القایی و هدر رفت هزینه زیاد با این داروها وجود دارد و ما هم تمام تلاش خود را برای ممنوعیت آن‌ها انجام می‌دهیم. حال ما در این چند سال اخیر محدودیت‌های زیادی را برای واردات این داروها در نظر گرفتیم و الآن گردش مالی‌شان در بازار کم است.

❖ **این گردش مالی چقدر است؟**

❖ در حدود ۴۰ میلیون دلار است که این مبلغ در مقایسه با واردات ۱ میلیاردی دارو در کشور ناچیز است و امسال هم با سخت‌گیری بیشتری در باب واردات این داروها عمل خواهیم کرد.

❖ **در عموم جامعه تصور پایین بودن کیفیت و عدم اثربخشی داروهای ایرانی وجود دارد و این قضیه در میان برخی از پزشکان نیز نفوذ کرده است. این تصور درست است؟**

❖ بنده اصلاً چنین اعتقادی ندارم. داروی ایرانی کیفیت لازم برای اثربخشی را دارد و بعضی از اساتید و پزشکان حاذق ما هستند که اعتقادی به تجویز داروی خارجی ندارند. از لحاظ کمی هم بخواهیم نگاه کنیم، سال گذشته حدود ۳۴ میلیارد عدد دارو در کشور مصرف شده و فقط ۱ میلیارد عدد آن‌ها خارجی بوده است. پس عملاً آمارها نشان‌دهنده استقبال مردم پزشکان از



برای داروهای وارداتی کمتر شده است، این یعنی کاهش وابستگی و ما باید در ادامه به جایی برسیم که انشالله تراز تجاری مثبت داشته باشیم. تراز تجاری مثبت یعنی میزان داروی وارداتی ما کمتر از میزان داروی صادراتی ما باشد و به نظر من این منطقی‌ترین هدفی که نظام دارویی ما باید داشته باشد. ما نمی‌توانیم میزان واردات را به صفر برسانیم چون همواره داروهای با مدل‌های جدید و اثربخشی متفاوت در دنیا تولید می‌شوند که ما حق این را نداریم که مردم را از دسترسی به این داروها محروم کنیم، چون ممکن است بیماری با آن داروی وارداتی مشکوک حل بشود. بحث اصلی این است که ما باید جوری مدیریت کنیم که ارزی که برای واردات صرف می‌شود کمتر از ارزی باشد که با صادرات وارد کشور می‌شود و این شدنی است و ما با جدیت پیگیری می‌کنیم.

❖ برای اینکه بتوانیم تبادلات دارویی و صادرات به کشورهای مختلف داشته باشیم، نیاز به همسان‌سازی استانداردهایمان با برندهای معتبر دنیا داریم که داروی صادراتی ما در کشورهای مقصد همچون قاره اروپا، آسیا، آمریکا و آفریقا مورد تأیید باشد. شما برنامه‌ای برای این مسئله دارید؟

❖ تقریباً تمام برنامه‌های ما در ۲ سال اخیر که با دستور جناب وزیر پیگیری می‌کنیم، تشکیل شورای با نام شورای فناوری سلامت با مدیریت شخص وزیر بهداشت است و محور اصلی آن در راستای ارتقای اقتصاد دانش‌بنیان در عرصه دارو و تجهیزات، افزایش صادرات و سهم صنعت داخلی است که این‌ها همگی در چهار چوب سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی هستند. جهت‌گیری وزارت بهداشت درست است و ما امیدواریم با حمایت از شرکت‌های دانش‌بنیان شاهد تولید دارو و تجهیزات پزشکی با فناوری‌های بسیار پیچیده باشیم. کما این که الآن هم شرکت‌های کوچک و بزرگ در زمینه اقتصاد دانش‌بنیان همچون سیناژن فعالیت می‌کنند و کلید توسعه صادرات ما در اقتصاد دانش‌بنیان است.

❖ داروهای قاچاق یکی از تهدیدات این برنامه‌های شماس، حجم این داروهای قاچاق در بازار چقدر است؟

❖ آمار دقیق وجود ندارد ولی برآوردها این است که از لحاظ ریالی و ارزی حدود ۵ درصد بازار دارویی کشور مربوط به داروهای قاچاق باشد، حدود ۲۵۰ میلیون دلار در این حوزه قاچاق وجود دارد و عمدتاً هم داروهای تقلبی است. بیشتر این‌ها در زنجیره اصلی تأمین دارو وارد نمی‌شوند و عمدتاً در ناصر خسرو و مراکز غیر رسمی وجود دارند و در داروخانه‌ها خیلی کم است. مصرف بخش عمده‌ای از این‌ها برای کارهای خلاف مثل دوپینگ و سقط‌جنین است.

❖ برچسب اصالت که سازمان چندین سال است برای جلوگیری از داروهای قاچاق پیگیری می‌کند، چه وضعیت دارد و کی می‌توانیم به مرحله رصد کامل زنجیره تأمین دارو از مبدأ تا مصرف برسیم؟

❖ الآن چیزی که به نام برچسب اصالت وجود دارد، به سامانه کنترل اصالت،

رهگیری و ردیابی زنجیره تأمین دارو تبدیل شده است. دستورالعمل‌های مورد نیاز تصویب و ابلاغ شده ولی زمان بر است به این علت که ما قانون صریح و مشخصی در بحث شفافیت این حوزه نداریم و مصوبه‌ای هم که در برنامه پنجم توسعه ذکر شده خیلی کلی هست و عملاً کمکی به این قضیه نمی‌کند. اگر با همین شیب جلو برویم تا اواخر سال ۹۵ می‌توانیم سامانه جامع رصد اطلاعات و کنترل اصالت داروها را داشته باشیم و در مورد سایر فرآورده‌ها نیز اقدامات لازم دارد انجام می‌شود.

❖ فشار دینفعان و افراد دارای تضاد منافع با این سیستم، چقدر در تعلل اجرای این سامانه نقش داشته است؟

❖ موانع موجود در این راه قطعاً کار را عقب می‌اندازد. دینفعانی وجود دارند که با نهادهای مختلف و بالادستی ارتباط دارند و خیلی از مواقع به خاطر فشار آن‌ها ما باید به نهادهای بالادستی پاسخگو باشیم و باز خواست شویم. همین قضیه باعث بی‌انگیزگی و سرد شدن مدیرانی می‌شود که با جدیت این کار را پیگیری می‌کنند، کما اینکه این سامانه حدود ۷ سال است که در سازمان طرح موضوع شده ولی به خاطر همین فشارها و موانع به تأخیر افتاده است. در این دو سال هم علیرغم فشارهای موجود ما با جدیت پیگیری کردیم و امیدواریم که با حمایت‌هایی که جناب وزیر انجام می‌دهند، این کار به سرانجام برسد و ما شاهد رصد کامل زنجیره تأمین دارو و جلوگیری از بازار غیررسمی باشیم.

❖ چند داروخانه در کشور وجود دارد و چند درصد گردش بازار دارو در داروخانه است؟

❖ حدود ۱۱۰۰۰ داروخانه در کل کشور داریم که ۳۰۰ مورد آن‌ها داروخانه‌های دولتی و شبه‌دولتی هستند. حدود ۲ سوم گردش بازار دارویی کشور در داروخانه‌ها و ۱ سوم هم در بیمارستان‌ها هستند.

❖ هجمه‌هایی اخیراً بیشتر توسط انجمن داروسازان راجع به انحصار بیشتر داروهای تخصصی در داروخانه‌های دولتی مطرح شد. در این باره توضیح می‌فرمایید؟

❖ بنید ۵۰ درصد گردش بازار ما در داروخانه‌ها متأسفانه مربوط به داروخانه‌های دولتی و شبه‌دولتی است. همین قضیه باعث ایجاد چنین فضایی شده اما بحث اصلی این است که چون این داروها بسیار تخصصی هستند و باید با شیوه‌های کنترل شده و حضور نماینده بیمه به بیمار تحویل داده شود و از طرفی گرانی قیمت و یارانه‌ای هستند و حاشیه سود بسیار پایین دارند؛ با این شرایط و تأخیر پرداخت بیمه‌ها باعث می‌شود عمده داروخانه‌های خصوصی از پس هزینه‌هایشان برنایند و خود این داروخانه‌ها هستند که از عرضه آن‌ها استقبال نمی‌کنند.

ما همین الآن در تهران ۱۶۰ داروخانه منتخب داریم که می‌توانند این داروهای خاص را عرضه کنند ولی خیلی‌ها به دلیل همین حاشیه سود پایین از تقاضای خرید آن‌ها صرف‌نظر می‌کنند. پس ما انحصاری ایجاد نکردیم و همین الآن بعضی از داروخانه‌های خصوصی اقدام به عرضه این داروها می‌کنند.

❖ برای منطقی کردن الگوی تجویز و مصرف دارو چه باید کرد؟

❖ راهکار آن هم ایجاد پرونده الکترونیک سلامت است که باعث ثبت کامل اطلاعات بیمار و نسخه‌ها به صورت الکترونیکی می‌شود. در این شرایط می‌توان به راحتی راهنماهای بالینی را وارد سیستم کرد و قطعاً برآیندش تجویز و مصرف منطقی دارو است ولی همان طوری که قبلاً هم گفتم فشار دینفعان برای جلوگیری از ایجاد شفافیت زیاد است و باعث تأخیر در اجرای امور می‌شود.



سازمان غذا و دارو حاکمیت یا اجرا؟

یادداشت

حسین سجادی

در کشور ما بعد از پیروزی انقلاب اسلامی بنا بر قانون اساسی موجود، توزیع قدرت بین دستگاه‌های مختلف برای اجرای مشخص وظایف صورت گرفته است. در همین باب، وظیفه قانون‌گذاری به مجلس شورای اسلامی و سیاست‌گذاری و نظارت بر امور اجرایی کشور به دولت یا قوه مجریه تحت عنوان نهاد حاکمیتی محول شده است. یکی از دستگاه‌های مهم و حیاتی کشور که نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه دارد، سازمان غذا و دارو است. پس از بازطراحی معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۰ و تشکیل سازمان غذا و دارو، انتظار می‌رفت تمرکز کامل امور حاکمیتی در حوزه غذا و دارو به‌عنوان دو کالای اساسی کشور به این سازمان واگذار شود و تصدی‌گری وزارت بهداشت بر این سازمان از میان برداشته شود اما با گذشت ۴ سال از تشکیل آن، همچنان این سازمان زیر مجموعه وزارت بهداشت است و از اجرای وظایف اصلی حاکمیتی خود فاصله گرفته است. در ادامه این یادداشت به مشکلات موجود در عملکرد این سازمان پرداخته و راهکارهای برون‌رفت از آن را بیان می‌کنیم:

چالش اول: ضعف شدید در سنجش کیفیت محصولات دارویی و غذایی

وظیفه اصلی سازمان غذا و دارو برای حفظ و ارتقای سلامت مردم، نظارت و ارزیابی دقیق کیفیت محصولات دارویی و غذایی و وارداتی و تولیدی و سنجش رعایت استانداردهای بین‌المللی توسط کارخانه‌ها تولیدی است. آنچه در وضعیت فعلی مشاهده می‌شود، نبود قدرت لازم

در سازمان برای پیشبرد این وظیفه مهم به علت عدم تعلق امکانات کافی برای تأمین نیروی انسانی متخصص و سخت‌افزار و فناوری پیشرفته مطابق با استانداردهای بین‌المللی می‌باشد. از طرفی دیگر به علت وابستگی به وزارت بهداشت قدرت ایجابی لازم برای تحقق اهداف و سیاست‌های موجود در نظام سلامت که مربوط به این دو کالای مهم می‌شوند را ندارد. همین امر باعث وجود برخی محصولات دارویی و غذایی بی‌کیفیت در بازار که بعضاً برای سلامتی انسان مضر هستند، شده است و عملاً کنترل و نظارت لازم بر روی این محصولات در حین تولید و پس از عرضه به بازار دارویی و غذایی کشور در خور شأن حاکمیت در این بخش وجود ندارد.

چالش دوم: تمرکز بر امور اجرایی

اجرای کارهای غیر حاکمیتی و صف، باعث روزمرگی در امور سازمان شده است. اگر نگاهی به اسناد بالادستی بیندازیم صراحتاً بر تفکیک دولت از امور اجرایی اشاره کرده است اما درگیری مستمر بدنه کارشناسی و مدیریتی این سازمان در امور اجرایی مربوط به واردات، صادرات، بازدیدهای فنی و اداری کارخانه‌ها و کارگاه‌های دارویی، شرکت‌های پخش، کارخانجات مواد اولیه دارویی و ...، باعث مغفول ماندن و یا کندی امور مربوط به سیاست‌گذاری و حاکمیتی شده است. مصداق واضح آن، عدم تصویب و ابلاغ اساسنامه سازمان غذا و دارو و عدم تعیین تکلیف جایگاه قانونی آن، عدم به‌روزرسانی قوانین بالادستی و مهم مربوط به غذا و دارو از جمله قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب سال ۱۳۳۴ و اصلاحات سال ۱۳۶۷، قانون مواد خورده‌نی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی مصوب سال ۱۳۴۶ و اصلاحات بعد و بسیاری از قوانین، آیین‌نامه‌ها و ضوابط مورد نیاز که نیازمند تدوین و یا به‌روزرسانی برای پاسخ به مشکلات فعلی

نظام سلامت می‌باشند. بدیهی است در صورت فرار از درگیری با امور اجرایی حداقل در سطح ستادی سازمان غذا و دارو فرصت کافی و لازم برای انجام این قبیل امور مهم به دست خواهد آمد.

چالش سوم: عدم پیش‌بینی لازم برای ایجاد بحران‌های دارویی و غذایی

برنامه‌ریزی درست و هدفمند برای جلوگیری از آسیب کشور در مواقع بحرانی، وظیفه نهادهای حاکمیتی سیاست‌گذار می‌باشد. بحران دارو در سال‌های ۹۰ تا ۹۲ مؤید نبود پیش‌بینی درست از وقوع بحران و بالطبع آن برنامه‌ریزی درست و دقیق برای مقابله با آن و اداره وضعیت موجود کشور است. طبیعتاً چنانچه سازمان غذا و دارو به‌عنوان نهاد پاسخگو و متولی اصلی سلامت و ایمنی دارو و غذای کشور قدرت لازم برای اداره منطقی و درست شرایط بر اساس پیش‌بینی‌های قبلی را نداشته باشد، احتمال آسیب‌پذیری کشور در صورت تکرار شرایط بحرانی آن سال‌ها وجود خواهد داشت.

راهکارهای موجود برای حل وضعیت فعلی

حال بر اساس وضعیت موجود و قوانین و مصوبات مندرج در اسناد بالادستی، به بیان راهکارهایی برای برون‌رفت از وضعیت فعلی سازمان غذا و دارو به‌عنوان نهاد حاکمیتی می‌پردازیم:

استقلال سازمان غذا و دارو از وزارت بهداشت

طبق ماده ۲ قانون مدیریت خدمات کشوری سازمان دارای استقلال حقوقی است و اموری را که بر عهده یکی از قوای سه‌گانه و سایر مراجع قانونی باشد را انجام می‌دهد. بر طبق این سازمان باید زیر نظر رئیس قوه مجریه اداره گشته تا بتواند وظیفه حاکمیتی و دولتی مربوط به امور غذا و دارو را انجام دهد. این موضوع خصوص در مواردی که سیاست‌گذاری کلان، خودداری اثر در سایر بخش‌ها و سیاست‌های وزارت بهداشت است، مهم می‌باشد. وجود سازمانی زیر نظر وزارت بهداشت، عملاً حوزه نفوذ حاکمیتی این سازمان را محدود می‌نماید. علاوه بر این، لزوم اتخاذ سیاست‌های همگرا و همچنین ادغام برخی فعالیت‌های موازی در سایر سازمان‌ها و مراجع درگیر در حوزه غذا و دارو مانند سازمان استاندارد، دامپزشکی، جهاد کشاورزی، بازرگانی و ... نیز نیاز به وجود ساختاری فرابخشی و قدرتمند را دوجندان می‌نماید.

واگذاری امور اجرایی به بخش غیردولتی

تعریف امور حاکمیتی در ماده ۸ قانون مدیریت خدمات کشوری صراحتاً مواردی از قبیل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت در بخش‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی، برقراری عدالت و تأمین اجتماعی و باز توزیع درآمد، ایجاد فضای سالم برای رقابت و جلوگیری از انحصار و تضییع حقوق مردم، قانون‌گذاری، امور ثبتی، استقرار نظم و امنیت و اداره امور قضائی و سایر وظایف دیگر را به حاکمیت محول نموده است و امور اجرایی به‌خصوص تصدی‌های اقتصادی را طبق ماده ۱۵ این قانون به بخش غیردولتی محول کرده است. ماده ۱۵ این قانون به شرح زیر است: «امور تصدی‌های اقتصادی با رعایت اصل چهل و چهارم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری به بخش غیردولتی واگذار می‌گردد. دولت مکلف است با رعایت قوانین و مقررات مربوط از ایجاد انحصار، تضییع حقوق تولیدکنندگان و مصرف‌کنندگان جلوگیری و فضای رقابت سالم و رشد و توسعه و امنیت سرمایه‌گذاری و برقراری عدالت و تأمین اجتماعی و باز توزیع درآمد و فراهم نمودن زمینه‌ها و مزیت لازم و رفع بیکاری را فراهم نماید.» لذا بر طبق قانون باید سازمان غذا و دارو به‌عنوان نهاد حاکمیتی سیاست‌گذاری و نظارت لازم برای اجرای سیاست‌های مربوط به حوزه غذا و دارو را داشته باشد و امور اجرایی به بخش غیردولتی واگذار گردد.

پرونده سوم

دارو

و تجهیزات پزشکی

وجود سازمانی

زیر نظر وزارت

بهداشت،

عملاً حوزه نفوذ

حاکمیتی این

سازمان را محدود

می‌نماید.

علاوه بر این،

لزوم اتخاذ

سیاست‌های

همگرا و همچنین

ادغام برخی

فعالیت‌های

موازی ضروری

است

چالش های نظام سلامت در عرصه دارو

از تولید وابسته تا مصرف القائی

گزارش
حسین سجادی

در این یادداشت به چهار چالش مهم نظام سلامت در عرصه دارو و راهکارهای برون رفت از آن ها می پردازیم.

الگوی نامناسب تجویز و مصرف دارو

یکی از عوامل اصلی هدر رفت منابع نظام سلامت - منابع عمومی، بیمه ها و جیب مردم - تجربه و علم ناکافی پزشکان در تشخیص عامل اصلی بیماری است. در برخی موارد نیز تجویز القایی و غیر منطقی دارو توسط کادر تجویزگر به دلیل انتفاع برخی از پزشکان از تجویز دارو ناشی از تبانی با برخی از شرکت های دارویی و داروخانه ها، انتفاع مالی از قرار دادهای بیمه و یا به طور مستقیم از بیماران هست که باعث تحمیل هزینه های گزاف در مان بیماری - سرپایی و بستری - بر دوش مردم شده است.

از طرفی دیگر مراجعه مستقیم مردم به داروخانه ها برای دریافت خدمت به موازات و کمرنگ شدن نقش داروسازان در داروخانه ها، باعث مصرف بی رویه و بعضاً نادرست دارو شده است. سرانه مصرف دارو در کشور نیز بیش از ۵۰۰ واحد دارو در سال هست.

راهکار اصلی برون رفت از آن تدوین راهنماهای بالینی به عنوان دستورات درمانی و تجویز بر اساس آن هست تا از ایجاد تقاضاهای القایی جلوگیری شود. در بند ۵ سیاست های کلی سلامت - ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی - نیز بر این امر تأکید گردیده و باید توسط وزارت بهداشت به عنوان نهاد تولیدی سیاست گذار و ناظر و وزارت رفاه به عنوان خریدار خدمت و وکیل بیماران اجرا گردد. در کنار ضعف نظارتی و نبود ضمانت اجرایی قوی و لازم برای این امر، مانع اصلی اجرای این سیاست حضور افراد با تضاد منافع در بخش های مختلف سیاست گذاری، اجرا، نظارت و حتی بعضاً خرید خدمت هست.

پایین بودن استانداردهای کیفی دارو در کشور

رقابت با برندهای معتبر دنیا در صنعت داروسازی، نیازمند هم سطح بودن کیفیت یا نزدیک بودن استانداردهای تولید داروی کشور با استانداردها و کیفیت برندهای دارویی معتبر است. صنعت داروسازی کشور اگر چه بعد از پیروزی انقلاب اسلامی پیشرفت زیادی در زمینه خود کفایی و استقلال خود داشته است اما در زمینه ارتقای استانداردهای تولید خود همگام با کشورهای توسعه یافته از قافله عقب مانده است.

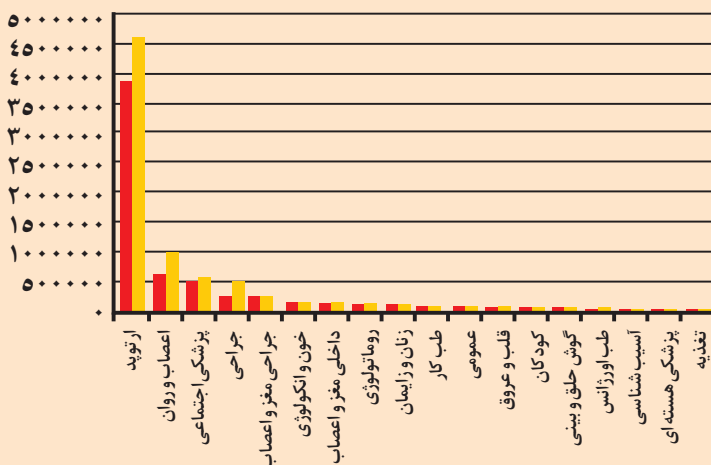
دلایل اصلی آن، سیاست نادرست قیمت گذاری داروهای تولیدی، نبود سازو کار مناسب سنجش کیفیت دارو در ابعاد نیروی انسانی متخصص، سخت افزار پیشرفته و دانش مورد نیاز و ناظر مناسب در سازمان غذا و دارو، نبود بستر رقابتی مناسب برای تولید کنندگان در داخل و عدم رویکرد توسعه صادرات دارویی به آن سوی مرز ها می باشند.

همچنین عدم باور و اعتقاد عملی سهامداران و مدیران بخش صنعت در لزوم جهانی فکر کردن و رقابت با دنیای دارویی خارج از مرز های کشور به دلیل مالکیت بیشتر نهادهای دولتی یا شبه دولتی بر صنعت دارو و عدم توجه آن ها به تولید دارو با کیفیت و استاندارد بین المللی در جلوگیری از پیشرفت کیفی صنعت داروسازی نقش داشته است. برای برون رفت از این مشکل، ارتقای استانداردهای صنعت و کیفیت محصولات از طریق نوسازی کمی و کیفی تجهیزات صنعت دارویی کشور بر اساس اصول GMP، جلب سرمایه گذاری و مشارکت شرکت های خارجی معتبر با هدف انتقال دانش فنی، افزایش قدرت نظارتی کنترل کیفی دارو و انجام مطالعات PMQC توسط سازمان غذا و دارو و ارتقای تولید محصولات دارویی از طریق قیمت گذاری منطقی و وابسته به بهبود کیفیت داروهای تولیدی - افزایش توان پوشش بیمه ای برای جبران هزینه ها -، افزایش رویکرد تحقیق و توسعه (R&D) در صنعت داروسازی، ایجاد بازار رقابتی در داخل کشور بر مبنای نظام ژنریک و برنرژنریک و حمایت کافی مالی و ارزی از شرکت های تولیدی در راستای تحقق سیاست های کلی اقتصاد مقاومتی مبنی بر افزایش بهره روی کالاهای داخلی می تواند باعث ارتقای صنعت داروسازی کشور و افزایش صادرات دارو به کشورهای پیشرفته گردد.

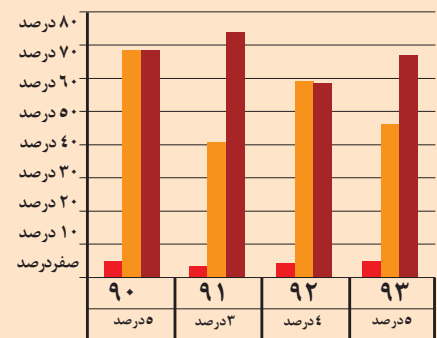
کمبود داروهای مورد نیاز به خصوص در مواقع بحران

یکی از دلایل ایجاد بحران دارویی کشور در سال ۹۱، عدم آمادگی کشور در مقابله با شرایط ناشی از تحریم، عدم اطلاع از موجودی داروهای کشور به خصوص داروهای اساسی توسط نهادهای حاکمیتی و عدم تجهیز لازم زنجیره تأمین دارو در برابر بحران موجود بود. از طرفی تحریم های بانکی و مشکلات به وجود آمده در انتقال ارز خرید دارو، باعث وقفه قابل توجه در تأمین و تدارک داروهای مورد نیاز کشور گردید. این عوامل به همراه وابستگی به واردات مواد

نمودار میانگین هزینه نسخ دارویی به تفکیک تخصص



درصد صادرات، واردات و تولید محصولات دارویی به کل بازار دارویی کشور در سال های اخیر



درصد صادرات دارو و مواد اولیه
درصد واردات دارو و مواد اولیه
درصد محصولات دارویی تولید داخل



بسیست داروی اول کشور در سال ۹۲ از نظریاتی (وارداتی و داخلی)

ردیف	نام دارو	مبلغ (میلیارد ریال)
۱	AMOXICILLIN 500MG CAP	۱.۵۳۵
۲	CLOPIDOGREL 75MG TAB	۱.۲۵۱
۳	ALBUMIN (HUMAN) 50 %20ML VIAL	۱.۱۸۹
۴	CEFIXIME 400MG TAB	۱.۱۸۷
۵	INTERFERON B 1A 30 MCG VIAL	۹۹۷
۶	METFORMIN HCL 500MG TAB	۸۹۹
۷	INTERFERON B 1A 44MCG/0.5ML SYRINGE	۷۱۰
۸	ENOXAPARIN 100MG/ML (4,000 U) 0.4ML SYRINGE	۶۸۸
۹	IMMUNE GLOBULIN 5G INJECTION POWDER (IV) VIAL	۶۷۵
۱۰	FILGRASTIM(GCSF) 300MCG/0.5ML INJ	۶۳۰
۱۱	ATORVASTATIN 20MG TAB	۶۱۵
۱۲	TRIPTORELIN ACETATE 3.75MG VIAL	۶۱۴
۱۳	VALPROATE SODIUM 500MG TAB	۵۹۱
۱۴	SOMATROPIN 5MG 1.5ML PEN	۵۹۱
۱۵	IBUPROFEN 400MG PEARL	۵۷۲
۱۶	CO-AMOXICLAV 125/500 (625) TAB	۵۵۸
۱۷	AZITHROMYCIN DIHYDRATE 250MG CAP	۵۵۶
۱۸	OMEPRazole 20MG CAP	۵۴۲
۱۹	RANITIDINE 150MG TAB	۵۳۰
۲۰	CEFALEXIN 500MG CAP	۵۲۳

اولیه دارویی، انحصار در واردات، ناکارآمدی شبکه تدارک و توزیع دارو در کشور و عدم شفافیت اطلاعاتی در زنجیره تأمین دارو، باعث ایجاد تکانه بزرگ در بازار دارویی کشور گردید. راهکارهای اصلی آن ایجاد پرتال برخط برای رصد دقیق تولید، واردات، توزیع، تجویز و مصرف دارو در کشور و تدوین فهرست داروهای ضروری همراه با سطح بندی و ایجاد سامانه ذخایر راهبردی بر اساس آن هست. چون ضرورتی برای تولید همه مواد اولیه و داروی موجود بازار دنیا در داخل وجود ندارد و باید سطح بندی در ست فهرست داروهای ضروری بر اساس شرایط زمانی مختلف کشور ایجاد شود و همواره موجودی داروهای مورد نیاز کشور به خصوص در شرایط بحرانی از طریق این سامانه رصد گردد.

◆ قیمت بالای دارو بر دوش مردم و کشور

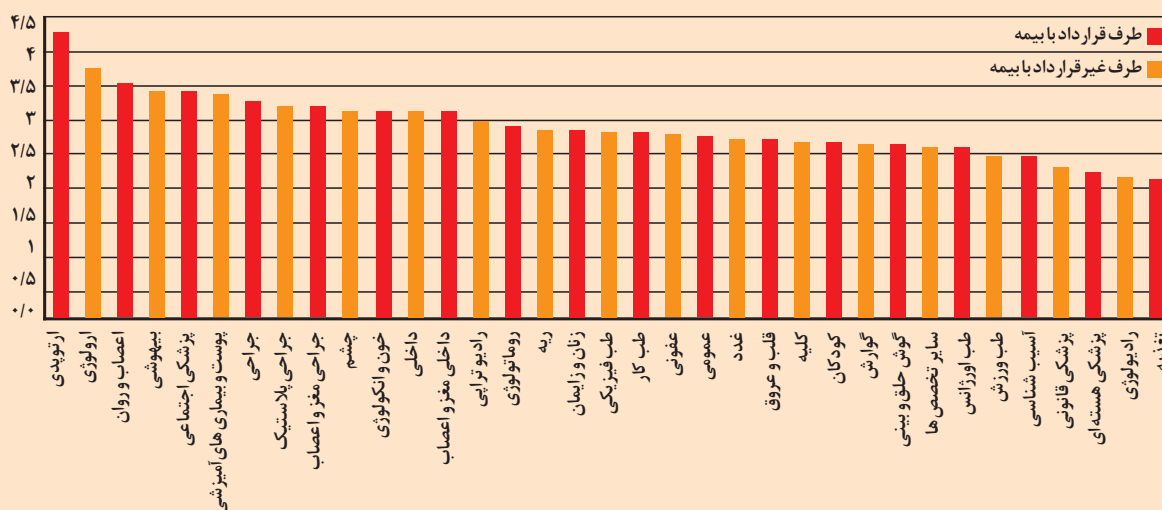
تاگید پزشکان بر استفاده از داروهای خارجی، عدم وجود مستندات و شواهد علمی مؤید کیفیت مناسب داروهای تولید داخل و تقاضاهای القایی باعث افزایش هزینه های درمانی بر دوش مردم و کشور می شود. از طرفی دیگر عدم خود کفایی کشور در تولید داروهای با فناوری بالا مانند داروهای بیوتک باعث واردات این داروها و افزایش ارزبری کشور می شوند.

برای مثال در سال ۹۳ حدود ۳۴۰۰ میلیارد تومان بازار داروهای خارجی بوده است. حدود ۳۰۰ میلیارد تومان هزینه این داروها با پرداخت یارانه های دولتی و عقد تفاهم نامه با بیمه ها پرداخت گردیده و مابقی توسط خود مصرف کننده پرداخت شده است که این نشان دهنده هزینه بالای این داروها برای دولت و مردم است.

◆ نکته پایانی

راه حل اصلی اهتمام مسئولین سلامت کشور برای خود کفایی در تولید داروهای با فناوری بالا و ارزبر و تولید فرآورده ها و مواد اولیه دارویی مورد نیاز کشور است. همچنین اجرای نظام سطح بندی خدمات و راهنماهای بالینی برای جلوگیری از افزایش تقاضاهای القایی با کنترل و ساماندهی شرکت های ثبتی و تک نسخه ای است. همچنین بند ۴ و ۵ سیاست های کلی سلامت نیز بر اجرای این موارد تأکید نموده است.

◆ نمودار میانگین تعداد اقلام نسخ دارویی به تفکیک تخصص





قیمت‌گذاری دارو در ایران واقعی یا غیر واقعی؟

یادداشت
دکتر فرزاد پیرویان

چالش‌های بازار دارو

بخش دارو مشابه سایر بخش‌های نظام سلامت، به دلایل مختلفی با موضوع شکست بازار مواجه بوده و لذا امکان تبعیت از ساختار بازار آزاد را ندارد. از جمله اینکه در بخش دارو و درمان بین عرضه و تقاضای واسطه وجود دارد، یعنی مصرف‌کننده نمی‌تواند کالا و خدمت مورد نیاز خود را مستقیماً و بدون واسطه انتخاب و تأمین کند. این واسطه یا تجویزگر (پزشک) یا داروخانه است. ورود و خروج از بازار دارو و سلامت به راحتی ممکن نبوده و تابع نظام ثبت و مقررات مربوط به آن است.

همچنین عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌کننده خدمت و مصرف‌کننده آن بسیار زیاد است. این بدین معناست که در بحث دارو و درمان در یک طرف فردی بنام پزشک و یا داروساز وجود دارد که حجم بالایی از اطلاعات علمی را دارا بوده و در طرف دیگر فردی با عنوان بیمار است که از نظر اطلاعات علمی و درمانی و دارویی در سطح بسیار کمتری از طرف اول قرار دارد و لذا احتمال سوءاستفاده از این عدم تقارن اطلاعات بدون اینکه بیمار متوجه شود، وجود دارد. عامل دیگر، قدرت بازار است که در دست برخی شرکت‌های دارویی است. به طور مثال وقتی بازار دارویی جهان را بررسی می‌کنیم، مشخص می‌شود که ۱۰ شرکت برتر دارویی، حدود ۵۲ درصد از سهم بازار دارویی را به خود اختصاص داده‌اند که همین امر دوباره شکست بازار را نشان می‌دهد؛ بنابراین بحث حق اختراع و انحصار مانع از رقابت آزاد خواهد شد و رقبای زیادی در این بخش از بازار دارویی وجود ندارد.

عدم تقارن اطلاعات، نشان‌دهنده ناتوانی مصرف‌کننده برای تصمیم‌گیری در حوزه دارو و درمان است. به همین دلیل انتظار قیمت‌گذاری و یا تنظیم بازار توسط نیروی عرضه و تقاضا نامعقول است و قیمت باید در جهت حمایت از حقوق بیمار و مصرف‌کننده و همچنین تأمین منافع معقول شرکت‌های تولیدکننده باشد. لذا قیمت‌گذاری دارو از اقدامات بسیار مهم در نظام سلامت است. در دنیا روش‌های قیمت‌گذاری متفاوتی وجود دارد که هر یک را مجزا بررسی می‌کنیم: برای شفاف‌سازی بیشتر، در ادامه به بررسی اصول علمی قیمت‌گذاری و سازوکار آن در کشورهای مختلف و ایران می‌پردازیم:

قیمت‌گذاری دارو بر اساس مرجع یا Reference based pricing

این روش، یکی از معروف‌ترین روش‌های قیمت‌گذاری دارو است و قیمت دارو به‌طور مستقیم کنترل نمی‌شود. در این روش، یکی قیمت‌گذاری مرجع داخلی و دیگری قیمت‌گذاری مرجع خارجی است. در قیمت‌گذاری مرجع داخلی بین داروهای مختلف یک الگوبرداری وجود دارد. در این شیوه قیمت‌گذاری سقف قیمت مورد پذیرش برای نظام بازپرداخت و بیمه تعیین می‌شود.

در دنیا قیمت‌گذاری مرجع داخلی سه سطح دارد که در ایران فقط یک سطح آن انجام می‌شود. در سطح یک داروهایی که ماده مؤثره یکسانی دارند، یک قیمت می‌گیرند، سطح دو داروهایی که از لحاظ اثرات فارماکولوژیکی یکسان اما مواد مؤثره متفاوتی دارند یک قیمت می‌گیرند (مانند بتا بلاکرها) و در سطح سه، کل بیماری را در نظر می‌گیرند و متوسط قیمت داروهایی که مورد مصرف برای آن بیماری دارند، در قیمت‌گذاری استفاده می‌شوند. (مانند داروهای فشارخون) قیمت‌گذاری مرجع خارجی در مورد داروهای وارداتی ملاک عمل است. اکثر کشورهای اروپایی هم از این مدل استفاده می‌کنند. در این روش یک یا چند کشور به عنوان مرجع قیمت‌گذاری انتخاب شده و پایین‌ترین و یا متوسط قیمت موجود در این کشورها، به عنوان قیمت مورد نظر اعلام می‌گردد.

قیمت‌گذاری دارو بر اساس عملکرد یا performance based pricing

در این روش عمدتاً بر اساس مطالعات فارماکواکونومیک عملکرد دارو بررسی و قیمت تعیین می‌شود. مطالعات فارماکواکونومیک هم در سیستم بازپرداخت و هم در سیستم قیمت‌گذاری می‌تواند استفاده شود. یکی از مزیت‌های آن این است که نیاز به داروی مشابه ندارد و می‌تواند اثر بخشی دارو را در کنار هزینه‌های آن بررسی کند.

سایر روش‌های قیمت‌گذاری

روش‌های دیگر قیمت‌گذاری نیز وجود دارد. در مدل Equity Pricing و یا Differential Pricing (قیمت‌گذاری ترجیحی و یا افتراقی) بیشتر برای داروهای خاص مثل ایدز، سل و بیشتر برای کشورهای فقیر و کشورهای که درآمد سرانه پایینی دارند استفاده می‌شود.

روش دیگر Profit Control است که بیشتر در انگلیس و اسپانیا مورد استفاده قرار می‌گیرد، کل هزینه‌هایی که شرکت برای دارو ادعا می‌کند و صورت‌های مالی آن بررسی می‌شود و بین ۱۷ تا ۲۱ درصد بسته به نوع دارو، سود خالص برای شرکت در نظر می‌گیرد و در جزئیات دیگر نمی‌شوند.

قیمت‌گذاری بر اساس حجم (Volume Price) که بر اساس میزان مصرف دارو، قیمت را مشخص می‌کند و برای داروهایی با تقاضاهای القایی یا off

❖ قیمت‌گذاری داروهای تولید داخل

در مورد داروهای تولید داخل، دو روش قیمت‌گذاری وجود دارد. روش اول در مورد داروهای ژنریکی است که اولین بار قیمت‌گذاری می‌شوند و ملاک قیمت‌گذاری در این روش، بر اساس هزینه تمام‌شده می‌باشد (Cost Plus Approach). اجزای هزینه‌ای که طبق ضوابط مورد قبول کمیسیون قیمت‌گذاری است به شرح هزینه مواد مؤثره و جانبی، هزینه بسته‌بندی، ضایعات، هزینه تولید (شامل حقوق و دستمزد، سربار و استهلاک)، هزینه مالی (حدود ۱۲ درصد هزینه مواد اولیه)، هزینه دانش فنی (۱ درصد هزینه مواد اولیه)، هزینه بازاریابی (۵ درصد هزینه مواد اولیه و تولید برای اولین تولیدکننده و ۲ درصد برای سایر تولیدکنندگان)، هزینه مراقات‌های پس از فروش (۱ درصد هزینه مواد اولیه و تولید) و سود (۱۵ تا ۲۵ درصد قیمت تمام‌شده) می‌باشند.

قیمت تعیین‌شده در مورد سایر داروهای ژنریک نیز ملاک عمل است. در روش دوم داروهای برند ژنریک تولید داخل قیمت‌گذاری می‌شوند. در حال حاضر در مورد قیمت‌گذاری اکثر داروهای برند ژنریک، نیم‌نگاهی به وضعیت GMP (شرایط خوب هنگام تولید) شرکت تولیدکننده می‌شود. برند ژنریک به این معناست که اگر شرکت سازنده داروی ژنریک اصلاحاتی را در فرمولاسیون، بسته‌بندی، طعم، سهولت مصرف و... نسبت به داروی ژنریک اصلی در جهت ارتقای کیفیت دارو انجام بدهد، آن را با برند مخصوص تولید خود همراه بانام ژنریک دارو وارد بازار می‌کند. به این ترتیب در صورت وجود گزارش‌هایی از بهبود GMP شرکت تولیدی، تا سقف حداکثر سه برابر قیمت پایه ژنریک و در غیر این صورت تا سقف حداکثر دو برابر قیمت پایه ژنریک داده می‌شود. از دیگر عوامل مؤثر بر قیمت‌گذاری دارو و تعرفه و حقوق گمرکی واردات دارو و مواد اولیه، حاشیه سود بخش‌های مختلف تأمین دارو (واردکننده، توزیع‌کننده و داروخانه) و بحث تعرفه خدمات حرفه‌ای داروسازان است.

❖ قیمت‌گذاری پایین داروهای داخلی و کاهش کیفیت آن

این شیوه قیمت‌گذاری، انتقادات تولیدکنندگان صنعت داروی کشور را در پی دارد و کارشناسان نظام دارویی عامل اصلی پایین بودن کیفیت داروهای ایرانی در چند سال اخیر را سیاست نامناسب قیمت‌گذاری دارو عنوان کرده که باعث عدم توانایی سرمایه‌گذاری شرکت‌های تولیدی برای انجام تحقیقات لازم در راستای ارتقای کیفی تولید و محصولات دارویی است و قیمت فعلی داروها را پایین‌تر از نرخ واقعی می‌دانند.

❖ ترکیبی از نظام‌های قیمت‌گذاری

نکته‌ای که در بحث قیمت‌گذاری دارو مفید و ضروری است، استفاده از مخلوطی از نظام‌های قیمت‌گذاری است. در ایران نیز علاوه بر روش‌های جاری بایستی از سایر روش‌ها مانند قیمت‌گذاری بر اساس عملکرد یا همان مطالعات فارماکواکونومیک (که در حال حاضر از انواعی از آن در بخش ورود دارو به فهرست رسمی داروهای کشور در حال استفاده می‌باشد)، قیمت‌گذاری بر اساس ارزش، روش‌های تسهیم خطرو مناقصه (به خصوص در مورد داروهای بیمارستانی و یا خرید راهبردی بیمه‌ها) استفاده کرد. به نظر می‌آید بازنگری در قیمت‌گذاری دارو در برخی بخش‌ها نیز قابل بررسی باشد. از جمله آزادسازی قیمت داروهای بدون نسخه و یا قیمت‌گذاری داروهایی که میزان مصرف آن بسیار محدود و کم بوده ولی دسترسی و فراهمی آن برای درمان بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است.

Label use استفاده می‌شود. قیمت‌گذاری بر اساس مدل‌های تسهیم خطر (Risk Sharing) که با توجه به عدم اطمینان در مورد تأثیرات مستقیم یک دارو و عوارض جانبی آن، قیمت‌گذاری می‌شود. به‌طور مثال اگر ادعا شده دارویی برای بیماری سل یا هپاتیت به‌خوبی جواب می‌دهد، با ارائه‌کننده این دارو قرار دادی منعقد شده و در صورتی که دارو شواهد نتایج درمانی مشخص را نشان داد پرداخت صورت می‌گیرد. از روش‌های دیگر قیمت‌گذاری می‌توان به قیمت‌گذاری بر اساس هزینه (Cost Plus Approach) که در آن بخش‌های از هزینه‌های انجام‌شده در تولید دارو مانند هزینه ماده اولیه و... به‌عنوان پایه در نظر گرفته‌شده و با احتساب سود تولیدکننده، قیمت نهایی فروش به بخش دارو محاسبه می‌گردد. قیمت‌گذاری بر اساس ارزش (Value Based Pricing) که در آن بخش‌های از هزینه‌های انجام‌شده در تولید دارو مانند هزینه ماده اولیه و... به‌عنوان پایه در نظر گرفته‌شده و با احتساب سود تولیدکننده، قیمت نهایی فروش به بخش دارو محاسبه می‌گردد و قیمت‌گذاری بر اساس مناقصه (Tendering) که در آن قیمت‌گذاری بر اساس کمترین قیمت پیشنهادی که در مناقصه تأمین داروهای مورد نیاز صورت می‌گیرد، اشاره نمود.

❖ قیمت‌گذاری دارو در ایران

قیمت‌گذاری دارو در ایران بر اساس ماده ۲۰ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب سال ۱۳۳۴ و اصلاحیه آن، برای وزارت بهداشت به منظور انجام وظایف خود در بخش دارو، سه کمیسیون قانونی در نظر گرفته شده است که یکی از آن‌ها کمیسیون قیمت‌است و یکی از اعضای کمیسیون، نماینده وزارت صنعت، معدن و تجارت است که معمولاً از سازمان حمایت از مصرف‌کننده معرفی می‌گردد. لذا دبیرخانه این کمیسیون در سازمان غذا و دارو است. ملاک قیمت‌گذاری در کمیسیون قانونی قیمت، ضابطه قیمت‌گذاری مصوب و ابلاغ‌شده سال ۱۳۹۰ است.

❖ قیمت‌گذاری داروهای وارداتی

قیمت داروهای وارداتی برند اصلی بر اساس قیمت‌گذاری مرجع خارجی تعیین می‌گردد. در حال حاضر کشورهایی مرجع قیمت‌گذاری در ایران، کشورهای یونان، اسپانیا، ترکیه و کشور سازنده هستند.

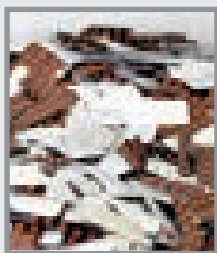
شرکت متقاضی واردات داروهای برند، موظف به اعلام قیمت داروی موردنظر در کشورهای مرجع (در صورت ثبت و وجود در بازار آن کشورها) و همچنین قیمت در کشور سازنده (در صورتی که خارج از کشور مرجع باشد) و در نهایت قیمت پیشنهادی خود برای واردات است.

قیمت اعلامی با منابع اطلاعات قیمت جهانی دارو در اداره کل دارو مقایسه و پایین‌ترین قیمت مورد قبول به شرکت متقاضی اعلام می‌شود. در مورد داروهای غیر برند اصلی (ژنریک یا برند ژنریک) به دو شیوه عمل می‌شود. یک شیوه بر اساس نسبتی از قیمت برند اصلی است که در این روش برای داروهای با تکنولوژی بالاتر از سقف ۷۵ درصد قیمت مصوب برند اصلی را طبق نظر کمیسیون قیمت می‌توان در نظر گرفت. در روش دوم، قیمت‌گذاری بر اساس قیمت پایه ژنریک تولید داخل تعیین می‌شود. بدین صورت که در مورد داروهای غیر برند اصلی با مبدأ کشورهای واجد ساختار نظام‌مند دارویی تا سه برابر و برای سایر کشورها تا دو برابر قیمت پایه ژنریک تولید داخل، به‌عنوان سقف قیمت مورد تأیید در نظر گرفته می‌شود.

نقد

فلج کردن تولید داخلی به کمک دلان

خبرگزاری صداوسیما: حدود چهار سال پیش محققان یکی از زیرمجموعه‌های کارخانه داروپخش، در حضور رهبر معظم انقلاب، دستیابی به تولید ماده اولیه دارویی را اعلام کردند که تا آن زمان در انحصار رژیم صهیونیستی بود. این ماده اولیه گلاتر آمین نام دارد و جدیدترین داروی MS از آن ساخته می‌شود، طی این چهار سال، ۱۵۰ داروساز و شیمیادان شرکت توفیق دارو، عزمشان را جزم کردند که مواد اولیه داروهای گران قیمت و انحصاری دیگر کشورها را برای مردمشان بسازند و ساختند، گلاتر آمین یکی از دستاوردهای این گروه از دانشمندان کشورمان است؛ اما دلان پار سال حدود یازده کیلوگرم از این ماده و امسال همه نیاز داخلی یعنی ۲۰ کیلوگرم را از هند وارد کشور کردند، هندی که در این چهار سال انحصار رژیم صهیونیستی را شکست و به تولید این ماده اولیه رسید.





دغدغه‌های تولیدکنندگان وطنی تجهیزات پزشکی

گزارش
مجید کمالی‌زاده

است چون در حوزه بعضی از دانشگاه‌های علوم پزشکی خریدهای تجمیعی زیادی بدون برگزاری مناقصه صورت می‌گیرد، یعنی در نظر گرفتن صرفه و صلاح و ارتباط یک‌سویه با یک شرکت خاص. ارتباط با یک شرکت خاص و ایجاد انحصار باعث می‌شود که اگر روزی آن شرکت خاص نخواهد به تأمین تجهیزات ادامه دهد، مشکلات دوچندان گردد.

❖ خرید تولیدات بی‌کیفیت داخلی به اسم حمایت

«پولی از بودجه کشور و از محل فروش نفت هزینه شده است اما با وجود تولیدکننده‌های داخلی که محصولاتشان برابر و حتی باکیفیت‌تر از محصولات خارجی است این پول به جیب خارجی‌ها می‌رود.» وی با بیان این اعتراض می‌گوید: «مجریان طرح تجمیع در بعضی جاها هم از این طرف بام افتاده‌اند و به هر قیمتی کالاهای داخلی‌ای را خریده‌اند که به هیچ وجه کارایی لازم را ندارد و بدین گونه سایه کیفیت جنس خارجی از سر تولیدکننده‌های داخلی برداشته شده و تولیدکننده‌های داخلی دیگر هیچ تلاشی برای بهبود کیفیت محصولاتشان نمی‌کنند.» وی در خصوص قیمت‌گذاری تجهیزات پزشکی از سوی وزارت بهداشت هم می‌گوید: «این طرح هم در کل طرح خوبی بود و باعث کوتاه شدن دست برخی از رانت‌خواران از بازار می‌شد اما این طرح هم بعضاً سلیقه‌ای اجرا شد.» اما دکتر علی خرسندی نظری متفاوت دارد. او قائم مقام ریاست بیمارستان امام رضا (ع) مشهد و معاون توسعه و منابع این بیمارستان است. وی در پاسخ به سؤال خبرنگار ما می‌گوید: یکی از موفقیت‌های طرح تحول سلامت سامان دادن به خرید تجهیزات پزشکی است. پیش از این تجهیزات با قیمت‌های کلان در اختیار مراکز درمانی قرار می‌گرفت و هر شرکت برای محصول خود قیمتی متفاوت داشت. به عنوان مثال استنت‌های قلبی

تجهیزات پزشکی و رانت و فساد موجود در بازار آن مدت‌هاست که دغدغه مسئولان نظام سلامت کشور شده است. تجهیزاتی که بی‌توجهی به آن می‌تواند علاوه بر صنعت و بازار پولی و مالی جان انسان‌ها را به خطر بی‌اندازد. مشکلات تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی چیست و طرح تحول چه قدر به رفع آن کمک کرده است؟ در گفت‌وگو با تنی چند از تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی و مسئولان این سؤالات را بررسی کردیم. نکته قابل توجه تأثیر بسیار بالای اجرای طرح تحول سلامت بر موضوع تولیدات وطنی است، برخی از تولیدکنندگان از مدل قیمت‌گذاری تا شیوه خرید گلایه داشتند.

❖ دور زدن قانون تجمیع و واردات

سید حسین صفری مدیر کل تجهیزات پزشکی سازمان غذا و دارو چندی پیش در مصاحبه با یکی از رسانه‌ها اعلام کرد که به کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شده است که ملزومات مصرفی خود را از تولیدات داخل تأمین کنند.

یکی از تولیدکنندگان گازهای بیمارستانی و تجهیزات مربوط به آن از عملکرد نادرست اداره کل تجهیزات پزشکی می‌گوید: «با ارائه مجوزهای دروغین تولیدکننده به واردکننده‌ها، عرصه برای تولیدکننده‌های واقعی تنگ شده است تا اینجا که در طرح‌های خرید تجمیعی که در راستای حمایت از تولیدکننده بوده با دور زدن قوانین و نادیده گرفتن رانت‌خواری و رابطه‌بازی این بودجه به جیب کالاهای صراف‌آوردانی می‌رود که از صفر تا صد وارداتی هستند و خارجی بودن آن‌ها هم کاملاً معلوم است و هیچ گونه پیگیری هم در رابطه با محل تولید این جنس نمی‌شود.»
وی ادامه می‌دهد: «در بحث خرید تجمیعی کل دامنه رقابت از بین رفته



واردکننده‌هایی

هستند که برای

دورزدن قوانین

یک نمونه از

محصولات مورد نیاز

مراکز درمانی را

تولید می‌کنند و

بعد از اینکه مورد

تأیید قرار گرفت

مابقی دستگاه‌ها

را وارد می‌کنند

و این گونه سر

وزارت بهداشت

کلاه می‌گذارند

میلیون دلار رسیده و عمده این صادرات به کشورهای منطقه، اروپا و آفریقا بوده است. در حال حاضر نیز بنا بر گفته مدیر کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزومات پزشکی میزان ۴۰ درصد اقلام و تجهیزات پزشکی کشور تولید داخل و ۶۰ درصد آن‌ها وارداتی است. این در حالی است که در تهیه این گزارش به تولیدکننده‌هایی برخوردیم که معتقد بودند می‌توانند نیاز کشور را از واردات در محصولی که تولید می‌کردند بی‌نیاز کنند اما واسطه‌ها، دلال‌ها و مسئولین خرید بیمارستان‌ها که بعضاً هیچ گونه تخصصی در این رابطه ندارند مانع از خودکفایی کشور در این زمینه می‌شوند. برخی تولیدکننده‌ها می‌گویند: «پست مسئول تدارکات یا مسئول خرید بیمارستان سرفق‌لی دارد چون پورسانت خوبی می‌گیرند و بعضاً مسئولان دیگر بیمارستان هم برای تأیید محصول پورسانت می‌خواهند.»

❖ بازی با پول و جان بیماران در خرید تجهیزات خارجی

فدائی تولیدکننده لنزهای چشمی می‌گوید: «در زمینه تجهیزات فساد بزرگی وجود دارد، گاهی پزشک به بیمار پیشنهاد می‌دهد، لنز دولتی ۲۰۰ هزار تومانی را نخر و لنز ۳ میلیون تومانی ژاپنی را استفاده کند و مردم هم به خاطر سلامتی لنز ژاپنی را انتخاب می‌کنند، در حالی که بهترین لنز خارجی هم کمتر از ۴۰۰ هزار تومان قیمت دارد و بقیه مبلغی که بیمار تا ۳ میلیون تومان پرداخت می‌کند، پورسانت آقای دکتر و بیمارستان است. اگر ۱۰۰ لنز بخريد سفر ایتالیا، ۵۰۰ لنز پژو ۲۰۶ و ۱۰۰۰ لنز یک آپارتمان جایزه می‌گیرید، این قوانین بازی است. خیلی قانونی پزشکان را در یک هتل جمع می‌کنند و به کسانی که لنز بیشتری خریدند، جایزه می‌دهند. ارتوبد مشهدی خیلی رسمی در بیمارستان امام رضا (ع) می‌گوید که من با هیچ بسته تجهیزاتی غیر این بسته خارجی خاص عمل نمی‌کنم. بررسی که می‌کنیم کاشف به عمل می‌آید پسر آقای دکتر واردکننده این بسته‌ها است.»

❖ نبود پول و کاهش کیفیت خدمات بیمارستان

مصطفی صاحب کار تولیدکننده پوشش‌های بیمارستانی می‌گوید: «قبلاً همه لباس‌ها و پوشش‌های بیمارستانی پارچه‌ای بود اما یکی از عوامل ارتقاء رتبه بیمارستان‌ها لباس یک بار مصرف بود که باعث کاهش عفونت‌های بیمارستانی گردید اما حالا بعد از اجرای طرح تحول که پولی در دست بیمارستان‌ها نیست و تولیدکننده هم جنس نمی‌فروشد، بیمارستان‌ها فقط برای برخی اعمال از پوشش‌های یک بار مصرف استفاده می‌کنند، چون پول ندارند. پس دوباره به دهه ۷۰ برگشتیم.»

❖ بی پولی چشم‌گیرتری شود

با نگاهی به نظرات دست‌اندرکاران حوزه تجهیزات پزشکی به خوبی می‌توان دریافت طرح تحول سلامت خوب است اما روی کاغذ. کمبود بودجه و وجود افراد رانت‌خوار و پزشکی که دغدغه جدی افزایش درآمد به هر قیمتی دارند، مسائل واقعی پیش روی این طرح است که گویا در نظر طراحان نیامده است. طرح تحول، زمانی سلامت را به نظام درمان ما می‌بخشد که درآمدی درون‌زا و به‌دور از وابستگی به پول نفت برای آن دیده شود، در حال حاضر با افزایش بار کاری بیمارستان‌ها، هزینه‌هایشان نیز افزایش پیدا کرده است و معوقات نیز افزایش پیدا کرده، این شرایط باعث می‌شود که بی‌پولی بیمارستان‌ها بیشتر به چشم بیاید و تأثیر آن را بر روی کیفیت تجهیزات و خدمات بیمارستانی دید. نکته دوم در نقد این طرح اینک طرح تحول سلامت باید آهسته‌تر اجرا می‌شد و تازمانی که قسمت‌های پیشین کامل اجرا نشده بود قسمت‌های پسین آن را کد می‌ماند. به عنوان مثال توزیع کیف سلامت زمانی که حقوق پرسنل پرداخت نشده است، ضرورتی ندارد و باید به عنوان آخرین مرحله و در زمانی که مشکلات طرح تمام شده اجرا می‌شد. این اولویت‌بندی و تقدم و تأخر نتنها در زمان اجرا بلکه باید در مکان اجرا هم رعایت می‌شد. به عنوان مثال در تمامی بیمارستان‌های کشور یک کیف سلامت ارائه می‌شود. در بیمارستان بالای شهر تهران بیمار از کیفیت کم این کیف ناراضی است و آن را رد می‌اندازد اما در شهر محروم، بیمار به جای کیف، پول آن را طلب می‌کند. همه جای کشور را یکسان دیدیم، این نه واقعیت است نه عدالت.

پیش از این با نرخ بالای ۳ میلیون تومان خریداری می‌شد و هم اکنون نرخ این محصول به حدود یک میلیون و ششصد هزار تومان کاهش یافته است و این مسئله قطعاً به نفع بیمار تمام می‌شود.

وی ادامه می‌دهد: «امکان اینکه جنس غیر ایرانی را به اسم کالای ایرانی و یا کالای کم کیفیت به مراکز درمانی فروخته شود، دیگر وجود ندارد چون در لیست مجاز برای خرید تجهیزات اسم شرکت و نوع مدل محصول آمده است و ما حتی به درخواست بیمار هم امکان خرید محصولی خارج از این لیست را نداریم.»

❖ فقط یک بار تولید و بعد واردات

تولیدکننده جوان دیگری که در رابطه با لوازم رادیولوژی فعالیت دارد هم در مورد حمایت وزارت بهداشت از تولیدات داخلی دل خوشی ندارد و می‌گوید: «واردکننده‌هایی هستند که برای دور زدن قوانین یک نمونه از محصولات مورد نیاز مراکز درمانی را تولید می‌کنند و بعد از اینکه مورد تأیید قرار گرفت مابقی دستگاه‌ها را وارد می‌کنند و این گونه سر وزارت بهداشت کلاه می‌گذارند، وی ادامه می‌دهد: «ما نگاسکوپ‌های التراگالستیک تولید می‌کنیم که کاملاً از نظر مصرف انرژی و عدم تأثیر منفی بر دستگاه‌های اتاق عمل آزمایش شده است و توانسته استانداردهای بین‌المللی مثل CE را پاس کند ولی مراکز درمانی کشور تمایلی به خرید محصولات داخلی ندارند به گمان اینکه جنس خارجی بهتر است، در بعضی مواقع هم که مجبور می‌شوند جنس داخلی بخرند به دلیل قیمت پایین آن‌ها اجناس کم کیفیت و پر مصرف تهیه می‌کنند، بدون اینکه به بهینه‌سازی مصرف انرژی اهمیتی بدهند.»

❖ وام‌های وزارت خانه نمی‌صرفد

نوروزی تولیدکننده کوترصد وات در یک شرکت دانش بنیان بوده است و در حال حاضر به دلیل مشکلات تولید به واردات روی آورده، وی می‌گوید: «به سختی و با ریزنی فراوان با وزارت بهداشت و شخص وزیر توانستیم قول یک وام را برای شرکت دانش بنییمان بگیریم تا بتوانیم محصول خودمان را وارد بازار نماییم اما تسهیلاتی که برای ما در نظر گرفته بودند مبلغ ۶۹ میلیون تومان بود با بازپرداخت یک ساله و با سود ۱۴ درصد که اصلاً منطقی نبود و اگر از یک موسسه مالی وام می‌گرفتیم شرایطی بهتر از این داشت.» او مشکل اصلی تولید تجهیزات پزشکی را عدم خرید محصول از جانب مراکز درمانی می‌داند و می‌افزاید: «رانت‌خوارها اجازه پیشرفت به ما نمی‌دهند حتی بیمارستان‌های دولتی هم با وجود تمامی دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌ها بعضاً به دلیل وجود بعضی رانت‌ها جنس خارجی را ترجیح می‌دهند.»

❖ بازپرداخت طولانی مطالبات تولیدکنندگان داخلی

تولیدکننده دیگری در حوزه الکتروودهای الکترومیوگرافی و فاینال میدر می‌گوید: «این محصول قبلاً کاملاً وارداتی بود والان به برکت هوش جوانان ایرانی مقداری از مصرف داخل کشور تولید می‌شود که به شدت از خروج عرض از کشور جلوگیری می‌کند.»

وی مشکل اصلی بر سر راه تولید را بازپرداخت دیر هنگام و طولانی مدت مطالبات تولیدکنندگان می‌داند و می‌گوید: «فاصله بین تولید و پرداخت هزینه را می‌توان با خرید تضمینی محصولات با نرخ بازگشت سرمایه مشخص از بین برد، تولیدکنندگان عرصه تجهیزات پزشکی بعضاً معتقدند اگر سرمایه‌های خود را در بانک می‌گذاشتند از نظر مادی به نفعشان بود.» در هر صورت با یک نگاه به تولید تجهیزات پزشکی در کشور می‌توان دریافت اوضاع خوبی در پیش روی این عرصه قرار ندارد، هزینه‌هایی که از جیب ملت می‌رود اما با نظارت غلط و طرح‌های غیر کارشناسی یا دود می‌شود و یا به جیب خارجی‌ها می‌ریزد.

❖ پورسانت خرید تجهیزات پزشکی!

طبق آمار گمرک در سال ۹۱ میزان صادرات تجهیزات پزشکی هشت میلیون دلار بوده که بر اساس آمار وزارت بهداشت، این میزان در سال ۹۲ به ۱۵

گفت‌وگو با رئیس هیات مدیره شرکت دارویی سیناژن اقتصاد دارویی با پرچم داری بیوتک ورود کشور به عرصه تولید داروهای بیوتک؛ در بزرنگاه

گفت‌وگو
سجاد اسماعیلی

کشور ایران با توجه به شرایط قبل از انقلاب و بحران‌های بعد از انقلاب در زمینه تولید داروهای با فناوری بالا نسبت به سایر کشورهای مدعی عقب‌مانده و هر چند طبق گفته مسئولین بیشتر نیاز دارو از داخل تأمین می‌شود اما در صد کمی با حجم پایین اما ارزش زیادی از خارج کشور وارد می‌شود، این داروها همان داروهای پیشرفته و اساسی است که کشورهای جهان به تازگی موفق به تولید آن شده‌اند، از این جهت برای ایران نیز ورود به این عرصه بسیار مقرون به صرفه‌تر است. علم بیوتکنولوژی از جمله علوم در مرز دانش است.

برای بیان ظرفیت علم بیوتکنولوژی دارویی در کشور و رمز موفقیت بومی‌سازی این علم در سال‌های اخیر، سراغ دکتر فریدون مهبودی رئیس هیئت‌مدیره شرکت سیناژن رفتیم. شرکت سیناژن طلایه‌دار عرصه تولید علم بیوتکنولوژی دارویی است و حدوداً سابقه‌ای ۲۰ ساله در این عرصه دارد. دکتر مهبودی معتقد است دولت نقش سازنده‌ای در حمایت از تکنولوژی‌های درآمدزای دارد. وی حمایت دولتی از صنایع رو به افول نظیر خودروسازی در ایران را منطقی نمی‌داند چرا که معتقد است صنایع این چنینی باید از مدت‌ها قبل به فکر ارتقای تکنولوژی خود و سهم‌خواهی از بازار می‌افتادند.



در ایران ۱۷ داروی

بیوتک تولید

می‌گردد که در

سال ۹۳ حدوداً

۶۵۰ میلیون دلار

صرفه‌جویی ارزی

داشته و معادل ۱۰

درصد بازار دارویی

تولید داخل کشور

را به خود اختصاص

داده است

تفکر استفاده از این علم و صنعتی سازی آن در ایران از چه زمانی آغاز شد؟ نقش بخش خصوصی در این امر پرنگ‌تر بود یا حمایت‌های دولتی؟

❖ قاعده‌ای در دنیا وجود دارد و آن این است که اگر حرکتی را در زمان و مکان مناسبی انجام دهید موفق خواهید شد. وضعیت کشور ما هم در زمینه تولید این فناوری در زمان بسیار مناسبی بود. در اواخر دهه شصت و نزدیک به دهه هفتاد این علم پایه‌گذاری شد و به این دلیل که آغاز این علم در دنیا در سال ۱۹۸۰ بود، ما ۱۰ سال با شروع جهانی آن فاصله داشتیم. از نظر مکانی نیز به دلیل نیاز کشور، وجود دانش‌آموختگان با انگیزه و استعداد و موقعیت جغرافیای سیاسی - اقتصادی موجود در منطقه، طبیعتاً مکان مناسبی برای برنامه‌ریزی اصولی برای خودکفایی در این عرصه بود. پس هر دو مؤلفه زمانی ایده‌آل و مکانی مناسب در کشور ما وجود داشت. دولت در ابتدا حمایت‌های مالی خیلی مناسب را انجام داد و علاوه بر آن با حمایت از دانش‌آموختگان خارج از کشور و ارتباط با کشورهای پیشرفته مانند کوبا در این زمینه از طریق مرکز همکاری‌های فناوری ریاست جمهوری برای انتقال دانش فنی، توانست زیرساخت خوبی را برای بیوتکنولوژی پزشکی در کشور پایه‌گذاری نماید.

چرا حمایت دولت اهمیت زیادی دارد؟

❖ طبیعتاً هر حرکت بزرگی در دنیا نیازمند حمایت اولیه و همه‌جانبه دولت را دارد تا در زمان مناسب به مردم واگذار شود. چون دولت قدرت حاکمیتی لازم برای مذاکره قوی در سطوح بین‌المللی را دارد و می‌تواند به‌خوبی ظرفیت کشورهای دیگر را بر اساس مناسبات سیاسی - اقتصادی به داخل بکشاند. دولت ما نیز به‌خوبی این حمایت را در دهه هفتاد و هشتاد برای توسعه این علم در کشور انجام داد و ظرفیت‌های داخلی و بین‌المللی خود را به کار گرفت.

دولت چه حمایت‌هایی را انجام داد؟ بخش خصوصی چگونه توانست وارد عرصه شود؟

❖ اهمیت تأمین نیروی انسانی، بورسیه کردن دانش‌آموختگان برای آموزش دانش فنی تولید این داروها در خارج از کشور، تربیت نیروهای متخصص بیشتر در داخل کشور از طریق فراهم‌سازی امکانات بهتر برای دانشکده‌های داروسازی، تأمین مناسب بودجه‌های تحقیقاتی برای توسعه پژوهش در این عرصه و فراهم کردن تجهیزات و ملزومات مناسب از اقدامات خوب زیرساختی دولت بود. پس از آن سازمان‌های حمایت‌گر مانند صنایع نوین که به دستور وزیر وقت صنعت آقای دکتر جهانگیری شکل گرفت با همکاری مرکز همکاری‌های فناوری و نوآوری ریاست جمهوری، زمینه رشد و توسعه شرکت‌های خصوصی فراهم شد.

شرکت سیناژن چه سالی تشکیل شد؟ آلان واردات داروهای مشابه داروهای شما وجود دارد؟

❖ شرکت سیناژن از سال ۱۳۷۳ فعالیت خود را شروع نمود. در ابتدا هدف این شرکت تولید دارو نبود؛ زیرا کشور شدیداً به واردات محصولات موردنیاز برای تحقیقات بیوتکنولوژی وابسته بود و بسیاری از مواد اولیه وارداتی در مسیر گمرک فاسد می‌شدند. به همین دلیل شرکت سیناژن با هدف حل مشکل کشور در زمینه علوم بیوتک و تأمین مراکز داخلی در تولید محصولات موردنیاز واقعی کشور وارد بازار کار شد. تاکنون محصولات ما از نظر کیفیت هم‌رده برنده‌های معروف دنیا بوده است و این ظرفیت بسیار خوبی را برای استفاده مردم و صادرات و ورود سرمایه به داخل کشور ایجاد کرد. پس از دستیابی به تولید تکنولوژی این محصولات که بسیار شبیه به تکنولوژی تولید دارو بود، به عرصه تولید دارو نیز وارد شدیم. این قضیه خیلی خوب در این چند سال توسط دولت کنترل و مدیریت شده است اما بعضی مواقع متأسفانه بعضی از تولید نماها با واردات داروهای مشابه مثلاً از کشور آرژانتین، باعث آسیب جدی به بازار داخلی گردیده است. خوشبختانه سیاست دولت ایجاد تمایز بین تولیدکننده واقعی و تولید نما می‌باشد.

لطفاً معرفی مختصری از علم بیوتکنولوژی و کاربرد آن در تولید دارو را بفرمایید.

❖ از دهه ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ شناخت علوم زیستی بیشتر در حوزه مولکولی وارد گردید و شناخت ژن و ساختار DNA مورد بررسی قرار گرفت. این امر باعث انتقال ژن به سلول‌های باکتریایی و جانوری گردید. این حرکت موجب درمان بیماری‌هایی گردید که به علت کمبود پروتئین خاصی نظیر انسولین و هورمون رشد به وجود آمده بود. به خاطر نقص ژنی پس از شناسایی ابزار انتقال این ژن‌ها، داروهای تولید شدند که تشابه کاملی با پروتئین انسانی داشتند و کمترین عارضه جانبی را برای پوشش دادن کمبود پروتئینی بدن داشتند. درحالی‌که داروهای شیمیایی به دلیل داشتن عامل خارجی، عارضه و اثرات سوء بسیاری برای بدن دارند. نسل اول داروهای بیوتک باعث درمان بیماری‌های صعب‌العلاج و هزینه‌بر مانند هورمون رشد، دیابت، MS و سایر بیماری‌های مربوط به نقص پروتئینی بدن بود. نسل بعدی داروها برای درمان بیماری‌هایی مانند سرطان سینه، آنتی‌بادی‌های مونوکلونال و روماتوئید را پوشش می‌داد. همین امر موجب انقلاب بزرگی در عرصه داروهای نوترکیب و اقتصاد دارویی گردید. به دلیل قیمت بالای این داروها و مشکل واردات آن‌ها و کم شدن هزینه تأمین این داروها، تولید داخلی که هم برای مردم و هم برای کشور مقرون به‌صرفه بود، به‌عنوان یک سیاست کلی در نظام و در شرکت‌های خصوصی و دولتی تدوین گردید.

داروهای بیوتک چند درصد بازار دارویی کشور را در اختیار دارند؟

❖ در دنیا ۱۷ نوع دارو مربوط به علوم بیوتکنولوژی برای درمان بیماری‌هایی نظیر MS، نقص پروتئین بدن، سرطان و... وجود دارد که بازاری بالغ بر ۱۵۰ میلیارد دلار را به خود اختصاص داده است. در ایران نیز ۱۷ داروی بیوتک تولید می‌گردد که در سال ۹۳ حدوداً ۶۵۰ میلیون دلار صرفه‌جویی ارزی و معادل ۱۰ درصد بازار دارویی تولید داخل کشور را به خود اختصاص داده است.

آیا وجود صنایع بیوتکنولوژی برای کشور از بعد اقتصادی مقرون به‌صرفه است؟ توسعه در این علم چه کمکی به اقتصاد مقاومتی می‌کند؟

❖ این فناوری دارای ارزش بالا و حجم کم است و اقتصادی کاملاً متکی بر دانش دارد. کشورهای غربی در شروع کار جهت سیاست‌های خود را بر ارتقای این دانش پرسود گذاشته‌اند. برای مثال اگر قیمت هر بشکه نفتی را ۵۰ دلار در نظر بگیریم، قیمت هر ویال داروی M.S حدوداً ۲۵۰ دلار برابر با ۵ بشکه نفتی است. یا داروی درمان بیماران سرطان سینه معادل ۶۰ بشکه نفت به ازای هر ویال است. پس اگر ما هم سیاست خود را بر ارتقای کیفیت و کمیت این صنعت با ارزش و سوددهی بالا بگذاریم، توانایی رقابت با فناوری کشورهای اروپایی و آمریکا را داریم؛ زیرا کشورهای نظیر چین و هند چنین ظرفیتی را برای تولید داروهای Hi-Tech ندارند؛ بنابراین فرصت خوبی برای کشور ما هست تا بتوانیم صادرات پرسودی در این عرصه داشته باشیم که این امر غرور و اقتدار و خودکفایی ملی را در پی خواهد داشت چون اقتصادی متکی بر دانش درونی کشور است و موجب شناساندن کشور به دنیا خواهد شد. از طرفی با وجود فرصت ایده‌آل ایران برای صادرات این داروها به کشورهای نیازمندی نظیر کشورهای آفریقایی، خاورمیانه و کشورهای همسایه، بستر مناسبی برای تبدیل شدن ایران به کانال توزیع این داروها در منطقه همچون کشورهای غربی و پایه‌ریزی یک اقتصاد قوی و متکی به درون کشور هست.

منظور از کانال توزیع چیست؟

❖ اگر در هر فناوری دانش تولید همه‌جانبه آن را داشته باشید و کشورهای اطراف شما چنین پتانسیلی را نداشته باشند، طبیعتاً شما به تأمین‌کننده (کانال توزیع) این محصول در منطقه تبدیل خواهید شد. ما در تولید داروهای بیوتک رشد خوبی را داشته‌ایم و توانسته‌ایم تا حدودی تأمین‌کننده این داروها در منطقه باشیم.



مالزی، ترکیه و روسیه را دریافت کند.

آیا الگوی موفق این حوزه قابل انتقال به سایر صنایع داروسازی هست؟

بله اگر صنایع دارویی به معنای واقعی کلمه صنعت باشند؛ یعنی بر اساس علم باشد و متخصصین دانشگاهی و پژوهشگران نقش اصلی را ایفا کنند. تولید محصول نهایی باید در داخل خود صنعت انجام گیرد و برای بخش تحقیق و توسعه صنعت اهمیت جدی قائل بود اما چیزی که ما در شرایط فعلی می بینیم این است که بیشتر شرکت ها به روش کارخانه ای اداره می شوند؛ یعنی قسمتی از کارخانه (مانند ماده اولیه) را از خارج وارد می شود و قسمتی دیگر (مانند دانش فنی) را با سرمایه گذاری یا عقد تفاهم نامه ها با شرکت های دارویی بزرگ به دست می آید و در نهایت محصول نهایی را تولید می گردد. این نحوه تولید در سیمای صنعت دارویی نمی گنجد. باید تلاش کرد تا ماده اولیه در داخل کشور تولید شود و بخش تحقیق و توسعه در فرمولاسیون ایجاد گردد همچنین باید به ارتقای توان داخلی و دانش فنی خود نیز توجه کنیم. در این صورت می توانیم با برند ایرانی در کشورهای مختلف داروهای خود را ثبت کنیم.

برای ترویج فرهنگ تجویز داروی ایرانی در بین پزشکان چه اقداماتی نیاز است؟

هدف پزشک درمان در دست بیمار است. ما باید در توسعه دارو، پزشکان را شریک کنیم. اگر پزشک از انجام مطالعات بالینی و کیفیت دارو خیالش راحت و تضمین شده باشد، قطعاً به تجویز داروی ایرانی تمایل خواهد داشت. البته این موضوع را باید ذکر کرد که در هر قشری از جامعه عده ای قلیل سودجو پیدا می شوند که جامعه پزشکی نیز از آن مستثنی نیست ولی باید خاطر نشان کرد که تعداد این افراد به قدری انگشت شمار است که نباید اشتباه این تعداد محدود را به پای یک جامعه علمی نوشت.

لطفاً چند نمونه از محصولات تولیدی شرکت سیناژن و مقصد صادرات آن ها را بفرمایید.

بعضی از داروهای مجموعه سیناژن به روسیه، سوریه، ترکیه، آذربایجان، قزاقستان و ارمنستان صادر می گردد و در بیش از ۱۶ کشور در حال ثبت می باشد. پیش بینی ما این است که در سه سال آینده حداقل به ۸ کشور دیگر صادرات خوبی داشته باشیم.

گردش مالی محصولات شما در بازار دارویی کشور چقدر است؟

حدود ۲۵-۳۰ درصد از صادرات دارویی کشور مربوط به گروه داروئی سیناژن هست که مبلغی بالغ بر ۵۰۰ میلیون دلار صرفه جویی ارزی برای کشور دارد.

تعامل بین بخش خصوصی و دولت باید چگونه باشد تا از بعد اقتصادی برای هر دو مقرون به صرفه باشد؟

پنجاه یک مثالی را عرض می کند. اگر یک داروی بیوتک ۲۰ میلیون دلار ارزش داشته باشد، اگر هر دلار را ۳۰۰۰ تومان در نظر بگیریم، معادل ۶۰ میلیارد تومان ارزش ریالی اش می شود. حال ما این دارو را در کشور تولید می کنیم که قیمت آن ۶۰ درصد داروی خارجی و معادل ۳۶ میلیارد تومان می باشد پس این امر نه تنها باعث ۲۰ میلیون دلار صرفه جویی ارزی برای کشور می شود، بلکه ۲۴ میلیارد تومان هم سود برای دولت خواهد داشت. حالا اگر این شرکت ۴۰ درصد قیمت فروش دارو (حدود ۱۴/۴ میلیارد تومان) سود کند و دولت ۲۵ درصد سود آن را مالیات بگیرد دولت سالی ۳/۸ میلیارد تومان مالیات می گیرد؛ اما اگر دولت این شرکت را از مالیات معاف نماید و تعهد تولید یک داروی بیوتک جدید برای هر ۳ سال یک بار را بگیرد، در این صورت در مدت ۳ سال ۶۰ میلیون دلار ارز از کشور خارج نمی شود و معادل ۷۲ میلیارد تومان سود دولت خواهد بود که هم به نفع دولت و هم به نفع شرکت تولید کننده خواهد بود؛ اما اگر دولت هر سال مالیات بگیرد جمع آن در ۳ سال می شود ۱۱/۴ میلیارد تومان که این رقم در مقایسه با سوددهی قبلی (۷۲ میلیارد تومان) اختلاف فاحشی دارد. پس به نفع دولت است که این شرکت را معاف از مالیات نماید. در این صورت سود بیشتری نصیب دولت می شود ولی اگر دولت از شرکت مالیات بگیرد شتاب تولید دارو کاهش پیدا می کند و شرکت باید چند سال کار کند تا سوددهی لازم را داشته باشد. برای تفهیم بهتر مدل زیر را ترسیم می کنیم. شایان ذکر است که معافیت مالیاتی برای مدت حدوداً ۱۵ سال است که در دنیا نیز عرف می باشد. از طرفی شرکت بنیه مالی خوبی پیدا کرده و مالیات ۱۶ سال به بعد آن قدر زیاد است که باز هم جبران معافیت های قبلی را می نماید.

آیا این تعامل بین دولت و شرکت های تولیدی بیوتک وجود دارد؟

طی دو سال گذشته حرکت حمایت از معافیت مالیاتی شروع شد ولی پایداری آن باید ضمانت گردد. اگر دولت طبق مدل بالا عمل نماید، قطعاً تعامل دولت و بخش خصوصی سازنده تر خواهد شد.

با توجه به تجربه موفق این حوزه در صادرات محصولات، چه اقداماتی برای رقابت با برندهای خارجی و افزایش صادرات به سایر کشورها انجام شده و یا نیاز به انجام است.

یکی از اقدامات خوب سازمان غذا و دارو بین المللی کردن استانداردهای ایران با عضویت در کنوانسیون بین المللی PIC/S است. با عضویت در کنوانسیون می توان از سهم قابل ملاحظه ای برای صادرات به کشورهای خارجی بهره مند شد و هدف مجموعه ما با توجه به به کارگیری استانداردهای بین المللی و اروپایی توانسته مجوز GMP از کنوانسیون بین المللی PIC/S،

در شرایط فعلی
بیشتر شرکت ها به
روش کارخانه ای
اداره می شوند؛
یعنی قسمتی از
کارخانه (مانند
ماده اولیه) از
خارج وارد می شود
و قسمتی دیگر
(مانند دانش فنی)
با سرمایه گذاری یا
عقد تفاهم نامه ها با
شرکت های دارویی
بزرگ به دست
می آید و در نهایت
محصول نهایی
تولید می گردد

آسیب شناسی سازوکار خرید تجهیزات بیمارستانی

پرونده سوم

دارو

و تجهیزات پزشکی

یادداشت
حسن شرقی

چرا محصولات داخلی خریدار ندارد؟

هر چند که در حوزه تجهیزات پزشکی اعم از تولید وسایل مصرفی و الکترونیکی پیشرفت‌های به سزایی بعد از انقلاب داشته‌ایم ولی متأسفانه آن چنان که باید مورد حمایت دولت‌ها قرار نگرفته‌اند. یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که تولیدکنندگان داخلی با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند فروش محصولات خود در داخل کشور است. در واقع بیمارستان‌ها تمایل ندارند کالاهای داخلی مصرف کنند. کالاهایی که حتی استاندارد‌های بین‌المللی مانند CE را هم دریافت کردند و در خارج از کشور جایی برای خود باز کرده‌اند. متأسفانه مناقصات بیمارستان‌ها در شرایط ناعادلانه برگزار می‌شود و قانون در بعضی موارد اولویت را به دلان و نمایندگان خارجی می‌دهد تا دست تولیدکنندگان از بازار داخل کوتاه بماند.

سازوکار خرید محصولات بیمارستانی و مشکلات آن

اکثر بیمارستان‌های کشور دولتی یا نیمه‌دولتی، یعنی تحت مالکیت سازمان تأمین اجتماعی، وزارت بهداشت و یا نیروهای مسلح هستند و طبق آمار حدود ۷۰ درصد خدمات بستری را ارائه می‌دهند. در نتیجه دولت خریدار اصلی تجهیزات پزشکی در کشور است.

امتیازات ویژه برای برخی شرکت‌های واسطه!

طبق قانون بیمارستان‌ها باید همه خریدار را از طریق برگزاری مناقصه انجام دهند؛ اما در این میان متأسفانه امتیازات ویژه‌ای به برخی از شرکت‌ها داده شده است. به نحوی که این شرکت‌ها بدون حضور در مناقصه، کالا را از تولیدکنندگان داخلی یا خارجی خریداری نموده و پس از افزودن سود خود بین ۵ تا ۱۰ درصد به عنوان تولیدکننده به مراکز درمانی می‌فروشند و با نقش واسطه‌گری و دلالی درآمد کسب می‌کنند. تهران الکتریک (بنیاد ایثارگران)، اسپید شاهد (بنیاد شهید)، اوزان (تأمین اجتماعی) نمونه‌ای از این شرکت‌ها هستند. البته لازم به ذکر است وزیر محترم بهداشت آقای دکتر هاشمی در تاریخ ۱۳۹۳/۰۶/۱۹ طی دستورالعملی این امتیاز ویژه را باطل نمودند اما طبق گزارش‌های میدانی، هنوز بعضی از خریدهای بیمارستانی از روش مذکور انجام می‌گیرد.

هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی؛ هم خریدار و هم تولیدکننده!

هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی یک نهاد غیردولتی با اختیارات حاکمیتی در حوزه بهداشت و درمان است؛ اما همه ۵ عضو این هیئت غیردولتی را وزیر محترم بهداشت تعیین می‌کنند. طبق قانون مصوب مجلس سال ۱۳۷۸ خریدهای مورد نیاز بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی می‌تواند از طریق هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی صورت گیرد. یکی از اهداف مهم این هیئت همان‌طور که از

نامش پیدا است، صرفه‌جویی ارزی است اما عملکرد آن در حال حاضر مغایر این ادعاست. در مناقصاتی که توسط هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی برگزار می‌شود، بعضاً عدالت رعایت نمی‌شود. برای مثال هیئت در بعضی از مناقصات خود صرفاً به نوع کالا یا برند خاص اشاره می‌کند مانند مدل خاص ونتیلیاتور SIEMENS، در حالی که هیئت باید استانداردهای کالای مورد نظر خود را بیان کند تا در مناقصات شرایط برای شرکت‌هایی که کالای مشابه و با کیفیت دارند نیز فراهم شود یا در طرح تحول سلامت وزارت بهداشت قصد داشت با کمک هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی، بعضی از خریدهای ۵ ساله خود را تجمیع کند. با توجه به حجم مالی بالا، این انتظار می‌رود، هیئت راه را برای تولیدات با کیفیت داخلی که موفق به اخذ استانداردهای بین‌المللی شده‌اند هموار کند. متأسفانه در بعضی از خریدها، این اتفاق می‌افتاده است. از جمله اینکه از حدود ۱۲۰۰ دستگاه آمبولانس خریداری شده توسط وزارت بهداشت در صد بسیار کمی توسط شرکت‌های داخلی تأمین شده است. در صورتی که شرکت‌های داخلی با توانمندی بالاتر در این حوزه فعالیت کرده و در صادرات نیز موفق بوده‌اند. جالب‌تر آنکه قیمت آن‌ها نیز به مراتب از مدل خارجی خریداری شده کمتر است و این موضوع فلسفه وجودی هیئت را طبق اهداف بیان شده در اساسنامه، زیر سؤال می‌برد.

سود نمایندگی برندهای خارجی

یکی از نکات قابل تأمل سود نمایندگی برندهای خارجی در فروش محصولات است. گاهی سود ۴۰ درصدی فروش محصولات خارجی از طریق هیئت تسهیل می‌شود و با توجه به یارانه‌های داده شده به هیئت در قبال خریدهای خود مانند معافیت‌ها مالیاتی و تعرفه‌ای باعث شده تا خود، رقیب جدی به عنوان فروشنده با بخش‌های تولیدی داخل گردد. مسأله نگران‌کننده دیگر آنکه هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی هم‌اکنون خود شریک اصلی گروه مپنا برای ایجاد شرکت تولید تجهیزات پزشکی به شمار می‌رود. طی تفاهمی بین وزارت بهداشت و گروه مپنا مقرر شد تا شرکتی مشترک با تقسیم سهام ۵۱ درصد مپنا و ۴۹ درصد هیات امنای ارزی تشکیل شده تا بعضی از نیازهای تجهیزات پزشکی کشور را برطرف کنند. در واقع شرکت هم نقش فروشنده را دارد و هم نقش خریدار. طبیعی است که در چنین شرایطی توان رقابت برای شرکت‌های داخلی دیگر وجود نخواهد داشت. در پایان لازم به ذکر است شاید وجود هیئت امنای ارزی زمانی که کشور وابستگی زیادی در تأمین نیازهای خود به خارج از کشور داشت، منطقی به نظر می‌رسید، اما اکنون با توجه به ظهور تولیدکنندگان توانمند داخلی این هیئت تبدیل به معضل جدی برای کاهش وابستگی به خارج شده و باید در اختیارات و وظایف آن تجدیدنظر نمود.

در مناقصاتی که

توسط هیئت امنای

صرفه‌جویی ارزی

برگزار می‌شود،

بعضاً عدالت

رعایت نمی‌شود.

برای مثال هیئت در

بعضی از مناقصات

خود صرفاً به نوع

کالا یا برند خاص

اشاره می‌کند

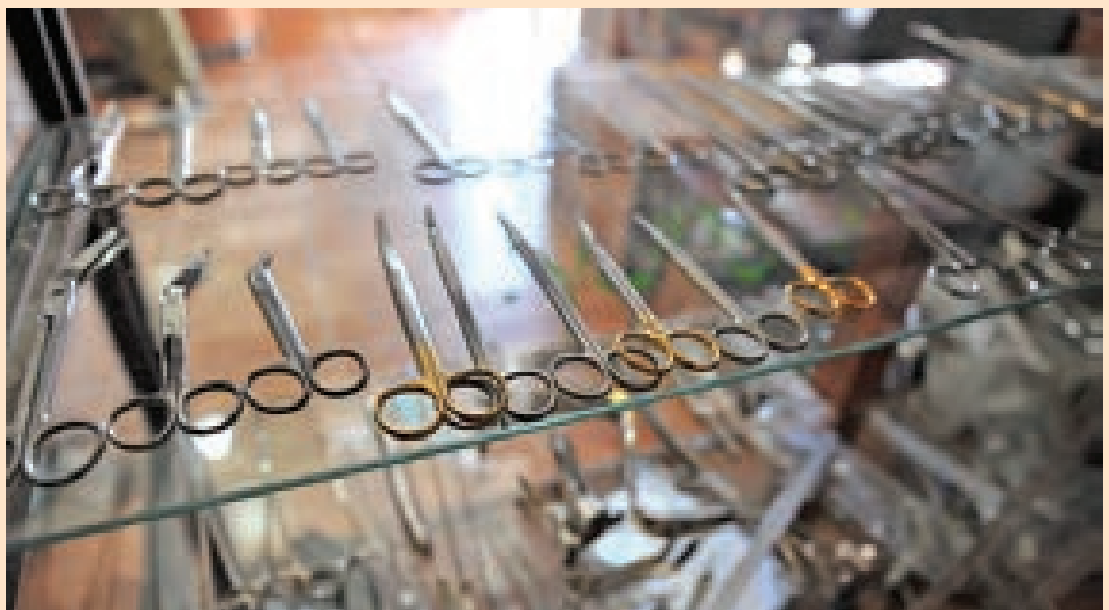
در حالی که هیئت

باید استانداردهای

کالای مورد نظر

خود را بیان کند

بیشم دهقانی



پروژہ چھارم
تأمین مالی نظام سلامت



سه مرحله تأمین پایدار منابع مالی سلامت

تأمین مالی یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت است. اهداف تأمین مالی عبارت‌اند از: در دسترس قرار دادن وجوه، ایجاد نگرش صحیح در ارائه‌کنندگان خدمات و اطمینان یافتن از دسترسی تمام افراد به خدمات اثربخش و لازم برای اطمینان از اهداف فوق، سه کارکرد زیرمورد توجه و حیاتی است:

❖ جمع‌آوری منابع:

فرآیندی است که طی آن نظام سلامت منابع مالی خود را از طریق دولت، خانوار، کارفرما... تأمین می‌کند.

❖ تجمیع و مدیریت منابع:

به‌گونه‌ای که ریسک پرداخت برای هزینه‌های سلامت به‌وسیله تمامی افراد تحمل و سرشکن شود و نه صرفاً فردی که بیمار شده است.

❖ خرید خدمات:

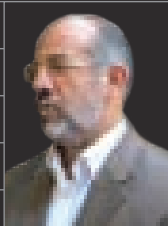
فرآیندی که طی آن منابع تجمیع شده در گام قبلی، جهت خرید مجموعه‌ای از مداخلات مؤثر در ارتقا سلامتی افراد از ارائه‌کنندگان خدمات به کار می‌رود. این خرید خدمت دو وجه منفعلانه و راهبردی را شامل می‌شود که یکی از اصلی‌ترین وظایف بیمه‌ها خرید خدمت راهبردی است. خرید راهبردی شامل جستجوی مداوم بهترین راه‌های به حداکثر رساندن عملکرد نظام سلامت است. از این طریق که چه مداخلاتی، برای چه کسی و از چه شخصی با چه قیمتی باید خریداری شود.

بیمه‌های درمان در اغلب کشورها به‌عنوان ساختاری شناخته شده است که وظیفه تأمین مالی خدمات سلامت را بر عهده دارد، قدرت مالی بیمه و وکیل مدافع مردم بودن سبب تمرکز قدرت فراوانی در بیمه می‌شود. از این قدرت به وجود آمده می‌توان در نظارت بر ارائه‌کنندگان خدمات هم بهره جست.

موفقیت و کارایی یک نظام سلامت در جهت تحقق اهداف فوق تا حد زیادی به ساختار یک نظام سلامت وابسته است. آنچه در این بین حائز اهمیت است میزان و کیفیت تلاش این نظام‌ها در جهت کارکردهای چهارگانه: تولیت، ارایه خدمت، تأمین مالی و تولید منابع است. در اهمیت نقش دولت‌ها باید گفت، مسوولیت نهایی عملکرد نظام سلامت بر عهده دولت است. مدیریت دقیق و مسوولانه تندرستی جامعه (یا همان تولیت) جوهره یک دولت خوب است. انسان سالم محور رشد اقتصادی هر کشور و اولویت ملی است. بنابراین مسوولیت دولت در این امر دایمی و مداوم است.

۱۰۷	۱۰۸	۱۱۰
انواع روش‌های تأمین مالی نظام سلامت در دنیا از طب ملی تا بازار آزاد	درآمد پزشکان متخصص، عمومی و پرستاران در جهان ایران بهشت پزشکان متخصص	گزارشی از کشمکش وزارت بهداشت و رفاه پرسر بیمه‌ها اختلاف بر سر تولیت و تجمیع

۱۰۲	گفت‌وگو با معاون اجتماعی وزیر بهداشت
	مشارکت‌های مردمی در نظام سلامت؛ بدون ساختار
۱۱۴	فعالیت همزمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی در گفت‌وگو با رئیس سابق دانشگاه پزشکی یزد؛ تمام وقتی؛ قانونی؛ مدیران ستادی هم اجرایی کنند

۱۰۲	۱۱۴
	

❖ خدمات درمانی و بهداشتی در هر کشوری جز خدمات عمومی تلقی می‌شوند که وظیفه ذاتی دولت‌ها است، با این حال شاهد هستیم که در خیلی از مواقع خیرین و سازمان‌های مردم‌نهاد نیز وارد این حیطه می‌شوند که نتیجه آن کاهش تصدی‌گری دولت خواهد بود. می‌خواهیم مزایای این مشارکت و چرایی آن را از زبان شما بشنویم؟

❖ در هر مسئله‌ای با مشارکت مردم و کاهش تصدی‌گری دولت در صد موفقیت افزایش می‌یابد و بالعکس هر جا دولت‌ها به صورت مطلق وارد شدند نتیجه خوبی نداشته است. ما معتقدیم با همین رویکرد نیز در نظام سلامت باید زمینه مشارکت مردم را افزایش داد. این مشارکت به اشکال مختلفی است. یک نوع مشارکت در حیطه حفظ سلامت خود، خویشاوندان و آحاد هم‌وطنان هست. این مسائل را می‌توان در قالب سازمان‌های مردم‌نهاد ساماندهی کرد تا مردم با عضویت در آن‌ها آموزش نحوه صحیح خودمراقبتی را یاد گرفته و فرهنگ‌سازی متناسب با آن در جامعه شکل بگیرد.

قسمت دوم مشارکت در ایجاد زیرساخت‌های نظام سلامت است که در این حوزه نیز از دو طریق می‌توان به آن دست یافت. اول اینکه زمینه سرمایه‌گذاری بخش خصوصی را در تهیه زیرساخت‌های نظام سلامت مهیا کنیم. چون ساخت بیمارستان، خانه بهداشت و ... به اندازه نیاز جامعه از عهده وزارت بهداشت ساقط است، در ضمن این رویه در درازمدت کارایی چندانی نیز نخواهد داشت. صاحب سرمایه در این مدل می‌تواند انتفاع معقول و منطقی‌ای نیز داشته باشد.

دوم افرادی هستند که قصد انجام کار خیر دارند و ما باید بستر را فراهم کنیم تا این افراد بتوانند در کار خیر ورود پیدا کنند. مثلاً در زنجان به گفته رئیس دانشگاه ۸۰ درصد خدمات با مشارکت مردم بوده است یا بیرجند.

❖ در ارتباط با مشارکت مردم در کشور یا در توافقی‌نامه‌های بین‌المللی چه قواعدی وجود دارد؟

❖ برعکس برخی که می‌پندارند فقط در کشور ماست، کار خیر و وقف در همه دنیا وجود دارد. در برخی کشورهای توسعه‌یافته ۶۰ الی ۷۰ درصد نظام سلامت توسط مردم ایجاد شده است یا کارهای که نه در کشور خود بلکه در حد دنیا رخ می‌دهد. مثل پزشکان بدون مرز که کار گسترده‌ای در حد دنیا انجام می‌دهند.

در کشور خودمان هم نگاه دولت این بوده که حمایت لازم از خیرین انجام شود. مثلاً در بحث مالیات ماده ۱۷۲ می‌گوید: «افراد می‌توانند بجای دادن مالیات قسمتی از درآمد خود را در این حیطه استفاده کنند» که سازوکار این موضوع فراهم است، ما نیز در زمینه اعطای مجوزهای لازم یا واگذاری زمین یا تجهیزاتی لازم، همکاری می‌کنیم، به‌طور نمونه تجهیزات با کمک هیئت امنای ارزی خریداری می‌شود تا باقیمت مناسب‌تری در اختیارشان قرار گیرد. همچنین نام‌گذاری این مراکز توسط خیر انجام می‌شود و ایرادی ندارد که به نام پدر، مادر یا هر کسی دیگری باشد.

در مواردی اگر خیر خود نخواهد آنجا را اداره کند دولت به کمکش می‌آید و نیروی انسانی مورد نیاز را تأمین می‌کند تا آنجا اداره شود و در صورت اداره توسط خودش ما تسهیلاتی را به آنجا اختصاص می‌دهیم. ولی ممکن است در اجرا یکسری مشکلاتی وجود داشته باشد. ولی در قانون حمایت وجود دارد و دولت نیز حمایت می‌کند. دولت می‌خواهد کار خیر برای نیکوکاران سهل‌تر و ارزان‌تر انجام بگیرد اما به‌هر حال ممکن است ایرادهایی در اجرا باشد که من آن را نمی‌کنم اما قانون‌گذار آن‌ها را پیش‌بینی کرده است. در خیلی از کشورها شاهد این هستیم که سازمان‌های مردم‌نهاد به نمایندگی از اعضای خود به سیاست‌گذاری مطلوب در جهت احقاق حقوق اعضای خود به دولت کمک می‌کنند.

❖ آیا حضور آن‌ها مؤثر است؟

❖ بله مؤثر است. ضمن اینکه شورای مشارکت اجتماعی داریم که اساساً این شورا با حضور سازمان‌های مردم‌نهاد تشکیل می‌شود. پس در این بخش هم این سازمان‌ها ایفای نقش می‌کنند. ما یکسری کار گروه‌های

گفت‌وگو با معاون وزیر بهداشت مشارکت‌های مردمی در نظام سلامت؛ بدون ساختار



گفت‌وگو
علی احمدی

با آنکه ایرانیان از قدیم در کارهای عام‌المنفعه به‌ویژه در حوزه بهداشت و درمان پیش‌قدم بودند، اما آن‌چنان که باید این روش تأمین مالی و رفع نیازهای نظام سلامت فراگیر نشده است که مسلماً عدم فرهنگ‌سازی و نبود ساختارهای و روش‌های مناسب جلب این مشارکت مردمی از مهم‌ترین دلایل این عدم فراگیری است. سید محمد هادی ایازی قائم‌مقام وزیر بهداشت در امور مشارکت‌های اجتماعی نیز به این مسئله اشاره می‌کند و می‌گوید به لحاظ قانونی ساختار مشخصی در وزارت بهداشت وجود ندارد و عملاً هم متولی این مسئله مشخص نیست، علاوه بر این موضوع سلامت تنها محدود به وزارت بهداشت نیست و دستگاه‌های فرهنگی هم برای جلب مشارکت عمومی مسئول هستند. در ادامه این گفت‌وگو را بخوانید. لازم به ذکر است بعد از انجام مصاحبه با این گفت‌وگو را مدیریت امور اجتماعی به معاونت اجتماعی تبدیل شده و ایازی در حال حاضر معاون اجتماعی وزارت بهداشت است.

سال عضو شورای فرهنگ عمومی کشور بوده‌ام، به جرئت می‌گویم در این پنج سال در حد پنج دقیقه درباره فرهنگ سلامت صحبتی نشد و اعتقاد دارم در شورای عالی انقلاب فرهنگی هم بحث نشده است. مگر فرهنگ سلامت بخشی از فرهنگ مردم نیست؟ نهادهای بالادستی در این بخش چه اقداماتی انجام داده‌اند؟

در حال حاضر اگر فیلمی تولید و پخش می‌شود، چرا اجازه می‌دهند هنرمند نقش اول سیگار بکشد؟ چرا نشان می‌دهیم جوانان قلیان می‌کشند؟ در صورتی که قلیان منجر به سرطان ریه می‌شود. نباید اجازه چنین کاری را بدهند و همچنین خود وزارت بهداشت هم به‌طور جدی به این بحث نپرداخته است.

مسئله پنجم هم سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت است، در این وزارت خانه باید ساختار توانمندی ایجاد بشود که بتواند زمینه جذب سرمایه را برای توسعه زیرساخت‌های نظام سلامت ایجاد کند. در حال حاضر عمده بیمارستان‌ها را پزشکان ساخته‌اند، چون سازوکار مشخصی جهت حضور مابقی افراد در این امور تعریف نشده است.

اگر یک سازوکاری جهت این پنج مورد شکل نگیرد، این کار وزارت هم مقطعی خواهد بود که باید سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی در راستای ایجاد چنین ساختاری مطالبه کند تا در دوره‌های مختلف چنین ساختاری باشد و به این امور بپردازد و ما در حال پیگیری ایجاد این ساختار هستیم.

❖ اگر خبری بخواهد در حوزه سلامت اقدام به کار خیری کند مسیری که باید طی نماید چگونه است؟

❖ ابتدا ما اولویت کار را به آن خبر می‌گوییم، یعنی نیاز آلان خانه بهداشت است، یا بیمارستان یا هر چیز دیگر که ما این اولویت‌ها را با ذکر منطقه در یک کتابچه آورده‌ایم و هزینه را برآورد کرده‌ایم تا خبر بتواند آگاهانه تصمیم بگیرد، علاوه بر این در فضای مجازی نیز نرم‌افزاری را تدارک دیده‌ایم که انشا... به‌زودی از آن‌رو نمایی خواهیم کرد تا با یک شماره حساب هر متقاضی بتواند وجه مورد نظر را در امور دلخواه خرج نماید.

❖ سازوکار نظارت بر سازمان‌های مردم‌نهاد چگونه است؟

❖ ما یک شورای گسترش سازمان‌های مردم‌نهاد داریم که مسئول صدور مجوز و نظارت تخصصی بر این سازمان‌ها هست. چون نظارت عمومی بر عهده وزارت کشور است و ما فقط نظارت تخصصی داریم. اشکالی که در حال حاضر وجود دارد، این است که مراجع مختلفی جهت صدور مجوز این سازمان‌ها وجود دارد. از جمله وزارت کشور، نیروی انتظامی، سازمان بهزیستی و کانون‌های اجتماع‌محور نیز می‌توانند چنین کاری را انجام دهند که به نظر من این باید قانونمند و نظام‌مند شود که با لایحه‌ای که وضع شده و قرار است در اختیار مجلس گذاشته شود این مشکلات رفع می‌شود.

❖ نقش این سازمان‌ها در مواقع بحرانی و تحریم‌ها چگونه می‌تواند باشد؟

❖ مثلاً در سال ۹۱ که با بحران دارویی مواجه شدیم، سازمان‌های مردم‌نهاد توانستند در تعامل با خارج مقداری دارو وارد کشور کنند. نکته‌ای درباره سازمان‌های مردم‌نهاد وجود دارد که ما در تعاملات بین‌المللی این سازمان‌ها متأسفانه سرعت آن‌ها را کند کرده‌ایم. در صورتی که این سازمان‌ها می‌توانند به‌عنوان نماینده مردم در خیلی از اجتماعات بین‌المللی حضور پیدا کنند و نقش ایفا کنند و دستگاه‌ها باید بستر ساز این اتفاق باشند.

یکی از رفتارهایی که به تولید داروی ایرانی آسیب می‌زند تجویز داروی خارجی توسط پزشکان است در همین راستا انجمن MS در یک تعامل خوب بین نورلویست‌ها و بیماران، توانسته نزدیک به ۸۴ درصد از داروهای تجویزی برای بیماران را به داروهای ایرانی اختصاص دهد و خوشبختانه در تالاسمی هم چنین اتفاقی رخ داده است؛ یعنی باعث ترویج داروی ایرانی شده است. ولی هنوز خیلی بیشتر هم می‌شود از ظرفیت این سازمان‌ها استفاده کرد.

تخصصی در موضوعات مختلف هم داریم که با حضور سازمان‌های مردم‌نهاد آن حوزه تشکیل می‌شود. مثلاً در موضوع سلامت روان ما یک کارگروه داریم که دوستان مختلفی حضور دارند و بر مبنای دیدگاه آن‌ها کارها را پی می‌گیریم و در موضوعات مختلف این مسئله اتفاق می‌افتد.

مثلاً در شورای شهر تهران آقای صابری که خودشان معلول (نابینا) هستند و عضو شورای شهر تهران، در شورا نه تنها ایشان بلکه سایر اعضا هم بحث مناسب‌سازی و موضوعاتی از این قبیل را دنبال می‌کنند و در ادوار مختلف نیز چنین هست.

اصل موضوع یک موضوع پذیرفته شده‌ای هست که دولت باید در بخش‌های مختلف به نقطه نظرات سازمان‌های مردم‌نهاد احترام بگذارد و باید نظرات کارشناسی شده و تخصصی آن‌ها را دریافت کنند. ما در ارتباط با توسعه مراکز جامع بیماران MS اتفاقاً مبتنی بر نظرات انجمن MS کارها را پی می‌گرفتیم. شاید یکی از دلایل این توفیق ایجاد ساختاری در وزارت بهداشت است که سابقاً وجود نداشته است.

❖ از لحاظ گردش مالی وضعیت این سازمان‌ها چگونه است؟

❖ این سازمان‌ها به‌طور کلی اتکا به مردم‌دارند و به‌صورت محدود مثلاً در بنیاد بیماری‌های خاص یا خیرین سلامت مقداری اعتبارات حداقلی وجود دارد. ولی ۹۹ درصد اعتبارات از کمک‌های مردمی است. ولی متأسفانه اعتبار دولتی به این موضوع داده نشده است و ضمناً بعضی از این‌ها خودشان درآمذایی دارند و مقداری از هزینه‌هایشان را پوشش می‌دهند. ولی به نظر می‌رسد دولت باید در رابطه با این قسمت تمهیداتی داشته باشد. البته به این منظور نیست که کاری انجام نشده، خیلی از این سازمان‌ها کمک‌هایی در مورد مکان یا تجهیزات و... دریافت نموده‌اند ولی عمدتاً توسط خیرین می‌چرخد و دولت بودجه‌ای به این سازمان‌ها نمی‌دهد.

❖ عملکرد وزارت بهداشت در این دوره جدید چگونه بوده است؟

❖ حدود یک دهه قبل اداره مشارکت با سازمان‌های مردم‌نهاد در وزارتخانه وجود داشت ولی تقریباً در این مدت تعطیل بوده است و از نظر ساختاری هم هنوز قسمتی که متولی این کار باشد وجود ندارد و بنده هم به‌عنوان قائم‌مقام وزیر در این حوزه هستم و پست سازمانی در این حیطه ندارم.

ولی چیزی که به نظر می‌رسد باید توسط وزارت در این چند حیطه تصمیم جدی گرفته شود، یک مورد در رابطه با ایجاد ساختار متناسب برای سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت می‌باشد. دوم در رابطه با خیریه‌های سلامت. ماده ۱۰ قانون ایجاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در سال ۶۴ که سی سال قبل هست، مجلس محترم، دولت را موظف به تشکیل سازمان یا بنیاد می‌کند که نقش حمایتی از خیریه‌ها داشته باشد و تسهیلگر و ناظر بر آن‌ها باشد. علیرغم گذشت این مدت هنوز چنین سازمانی یا بنیاد یا معاونتی در وزارت بهداشت ایجاد نشده است.

مسئله سوم بحث مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت یا مسائل اجتماعی مرتبط با سلامت است. بینید حداکثر نقش متولیان سلامت ۲۵ تا ۳۰ درصد در سلامت مردم به‌طور مستقیم هست که ۷۰ تا ۷۵ درصد دیگر خارج از مدیریت این متولیان بوده است. مثلاً آلودگی هوا بر سلامت اثر می‌گذارد یا غبار موجود در خوزستان در سال گذشته در یک شبانه‌روز تعداد قابل توجهی از مردم را روانه بیمارستان‌ها کرده بود یا افزایش مرگ‌ومیر در دی‌ماه در تهران که به دلیل آلودگی هوا بود، که با توجه به اثرگذاری این پدیده‌ها بر سلامت ولی کاری از دست متولیان سلامت جهت جلوگیری به‌طور مستقیم بر نمی‌آید. لذا کار سلامت یک کار بزرگ و گسترده هست و باید تمامی بخش‌های پای کار بیایند و جهت جلوگیری از بیمار شدن مردم تلاش کنند. مثلاً در بحث آلودگی دستگاه‌های مربوطه، کارخانه‌ها، شهرداری و... باید حضور یابند و مشکل را حل کنند.

مورد چهارم فرهنگ و سلامت می‌باشد. دستگاه‌های فرهنگی در موضوع سلامت کار چندانی انجام نداده و انجام نمی‌دهند. خودم نزدیک به پنج



مدل‌های مشارکت عمومی - خصوصی در حوزه سلامت

گزارش
آرمان عبدالحی

❖ مشکلات ساختاری نظام سلامت

بر اساس پژوهش‌های در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌توان بیان داشت که ساختار سطوح ارائه خدمات سلامت به‌ویژه در حوزه خدمات بیمارستانی با مشکلات بنیادینی به شرح ذیل روبه‌رو است:

۱- عدم مشارکت سازمان‌دهی شده سایر بخش‌ها در تأمین سلامت (ضعف ارتباط درون بخشی و بین بخشی).

۲- درگیری شدید دولت (وزارت بهداشت و برخی دستگاه‌های اجرایی) در امور اجرایی (ارائه خدمات در تمامی سطوح) و عدم تبیین جایگاه واقعی بخش غیردولتی در نظام ارائه خدمات.

۳- فقدان بهره‌برداری لازم از تمام ظرفیت‌های موجود شبکه جهت پیاده‌سازی طرح‌ها و برنامه‌های سلامت.

۴- بهره‌وری بسیار پایین در بیمارستان‌های دولتی از سوی دیگر بر مبنای نظر کارشناسان حوزه سلامت، پیامدهای وضع موجود را می‌توان در کیفیت و کارایی پایین خدمات و همچنین ضعف اساسی در پاسخگویی بخش دولتی و در نهایت در نارضایتی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمت جستجو نمود. تمامی این نکات بیانگر این موضوع هستند که نظام ارائه خدمات سلامت و به‌طور ویژه ارائه خدمات تخصصی سطح دوم و سوم (خدمات بستری محور) در ایران با چالش‌های بزرگی مواجه است.

❖ راهکارهای قوانین و اسناد بالادستی برای مشکلات ساختاری

از جمله مواردی که در قوانین و اسناد بالادستی به‌منظور راهکاری در جهت بهبود شرایط نظام ارائه خدمات سلامت مطرح گردیده است، بهره‌گیری از ظرفیت بخش

خصوصی است. بر این اساس می‌توان به بندهای ۳۲ و ۳۳ و ۳۵ در نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران منتشره از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اشاره نمود که بیان داشته است: «سهم بسیار بالای دریافتی‌های مؤسسات خصوصی انتفاعی در حوزه سلامت کشور، از موضوعات نگران‌کننده هست. ضروری است با تأکید بر تعریف جبران خدمت پزشکان و حاشیه سود در بخش خصوصی، روند اعطای مجوز برای ایجاد مؤسسات خصوصی غیرانتفاعی و حمایت مالی و عملیاتی از آن‌ها، سریعاً تسهیل گردد تا چنین مؤسساتی گسترش یابند. در یک هدف‌گذاری طولانی مدت باید نسبت سهم مؤسسات غیرانتفاعی انتفاعی خصوصی از کل دریافتی‌ها در بخش خصوصی سلامت به ترتیب به حدود ۶۰ و ۴۰ درصد تغییر یابد.»

❖ سازوکار قراردادهای بخش خصوصی

هم‌چنین در این نقشه مطرح گردیده است که استفاده از سازوکار قراردادهای موضوع حائز اهمیت در توسعه مبادلاتی و بهره‌گیری از مزایای مشارکت بخش خصوصی در طرح‌های بهداشتی - درمانی دولتی در نظام یکپارچه هست. برای سازمان‌دهی چنین شرایطی در نظام مبادلاتی بخش توضیح قراردادهای با الزامات موسوم به «حالت منطقی» از مهم‌ترین موضوعات برای سیاست‌گذاری محسوب می‌شود.

❖ روش‌های پرداخت برای واگذاری ارائه خدمات سلامت

یکی از موضوعات مهم دیگر، استفاده از سازوکار روش‌های پرداخت برای واگذاری ارائه خدمات سلامت به فراهم‌کنندگان بخش خصوصی است. مناسب‌ترین روش‌های پرداخت در قراردادهای، روش‌هایی هستند که علاوه بر ایجاد انگیزه در افراد و مؤسسات خصوصی، برای مراقبت‌های مدیریت‌شده نیز مناسب دانسته شوند.

از سوی دیگر در قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب سال ۱۳۸۶ نیز به‌نوعی به روش‌های ایجاد مشارکت و بهره‌گیری از بخش خصوصی اشاره شده است: امور تصدی‌های اجتماعی، فرهنگی و خدماتی با رعایت اصول بیست و نهم و سی قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران از طریق توسعه بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی تعیین صلاحیت‌شده و با نظارت و حمایت دولت و با استفاده از شیوه‌های ذیل انجام می‌گردد:

۱. اعمال حمایت‌های لازم از بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیر دولتی مجری این وظایف.
۲. خرید خدمات از بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیر دولتی
۳. مشارکت با بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیر دولتی از طریق اجاره، واگذاری امکانات و تجهیزات و منابع فیزیکی.
۴. واگذاری مدیریت واحدهای دولتی به بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیر دولتی با پرداخت تمام و یا بخشی از هزینه سرانه خدمات.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ادامه طرح‌های خود برای تحول در نظام سلامت، به‌طور خاص در یک سال گذشته بهره‌گیری از ظرفیت‌های بخش خصوصی را مورد توجه قرار داده است. از این رهگذر فرسودگی بالای ۵۰ درصدی بیمارستان‌های دولتی و کمبود تخت‌های بیمارستانی در کشور مورد هدف‌گذاری طرح جدید وزارت بهداشت قرار گرفته است. به‌موجب این طرح قرار است با هزینه مستقیم بخش خصوصی بیمارستان‌های قدیمی و فرسوده بازسازی شوند، بیمارستان‌های جدید در مناطق کمتر برخوردار ساخته‌شده و سایر بیمارستان‌های کشور نیز تجهیز شوند.

◆ سهمیم کردن بخش خصوصی در توسعه زیرساخت‌ها

اما آنچه در این میان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است روی آوردن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به اتخاذ رویکرد سهمیم ساختن بخش خصوصی در توسعه زیرساخت‌های ارائه خدمات سلامت در کشور هست. الگویی که در ادبیات علم اقتصاد از آن به‌عنوان مشارکت بخش‌های دولتی - خصوصی (PPP) تعبیر می‌شود.

در همین رابطه دکتر داوود دانش جعفری، مشاور عالی وزیر بهداشت در امور اقتصادی در توضیح این طرح در برنامه تلویزیونی نبض بیان داشتند که دولت وظایف بسیار سنگینی در حوزه سلامت دارد که در اصل ۲۹ قانون اساسی به تفصیل به آن‌ها اشاره شده و این در حالی است که امکانات مالی دولت برای انجام این وظایف کافی نیست. وی در ادامه اشاره داشته است که مدل مشارکت‌های عمومی - خصوصی، روشی است که بر اساس آن منابع مالی از طریق بخش خصوصی تجهیز و در جهت زیرساخت‌های مورد نیاز دولت هدایت می‌شود. ضمن اینکه هر کدام از طرفین دولتی و خصوصی نیز به اهداف خود می‌رسند. حال پرسشی را می‌توان طرح نمود که آیا به کارگیری مشارکت‌های دولتی - خصوصی می‌تواند نسخه شفابخشی برای وزارت بهداشت و درمان در راستای پاسخگویی به وظایف بسیار سنگین وزارت خانه مذکور باشد؟

◆ مشارکت‌های دولتی - خصوصی چه هستند؟

مشارکت‌های دولتی - خصوصی (PPPs) پدیده جدیدی در ارائه خدمات عمومی می‌باشند. مفهومی که در یک دهه قبل به‌ندرت مطرح می‌شد، اکنون این چنین در ایجاد منافع عمومی نقش مهمی را در بسیاری از کشورهای جهان ایفا می‌کند. به‌طور کلی می‌توان بیان داشت که مشارکت‌های دولتی - خصوصی از تأثیرات منفی مالکیت و ارائه خدمات انحصاری دولتی از یک‌سو و خصوصی‌سازی آشکار از سویی دیگر اجتناب می‌ورزند.

در مقابل، مشارکت‌های دولتی - خصوصی بهترین‌های هر دو بخش را با هم ترکیب می‌نماید، منابع، مهارت‌های مدیریتی و فناوری‌های بخش خصوصی به همراه اقدامات قاعده‌گذاری و محافظت از منافع عمومی در بخش دولتی.

بر اساس تعریف کمیسیون سازمان ملل در اتحادیه اروپا، مشارکت دولتی خصوصی یک ارتباط مبتنی بر توافق که منعکس‌کننده مسئولیت‌های متقابل علاوه منافع مشترک بین بخش‌های دولتی و خصوصی طرف تعامل هست. مشارکت‌های دولتی - خصوصی تأمین مالی، طراحی، اجرا و بهره‌برداری از خدمات و تسهیلات بخش دولتی را مدنظر قرار می‌دهند.

◆ شاخصه‌های کلیدی مشارکت‌های دولتی - خصوصی

شاخصه‌های کلیدی مشارکت‌های دولتی - خصوصی به شرح زیر است:

- ۱- ارائه خدمات بلندمدت (در برخی موارد بیش از ۳۰ سال)
- ۲- انتقال ریسک به بخش خصوصی
- ۳- انواع مختلف از قراردادهای بلندمدت منعقدشده بین شخصیت‌های حقوقی و مقامات دولتی

◆ تنوع مدل‌های مشارکت دولتی خصوصی

اگرچه مدل‌های مشارکت دولتی - خصوصی دارای تنوع هستند، اما در دو دسته کلی قابل تمایز می‌باشند: نوع اول که به‌تمامی اشکال سرمایه‌گذاری مشترک میان ذی‌نفعان دولتی و خصوصی مربوط است، الگویی که بر پایه مدل اولیه تأمین مالی خصوصی در سال ۱۹۹۲ در کشور انگلستان توسعه پیدا کرده است. امروزه مدل تأمین مالی خصوصی (PFI) به‌عنوان بخشی از برنامه اصلاحات گسترده در ارائه خدمات عمومی، از سوی بسیاری از کشورها از جمله: کانادا، فرانسه، نیوزلند، پرتغال، ایرلند، نروژ، فنلاند، استرالیا، ژاپن، مالزی، آمریکا و سنگاپور (و هم‌چنین در میان دیگر کشورها) پذیرفته شده است.

نوع دوم که در بر دارنده مشارکت‌های دولتی - خصوصی قرار دادی است. طیفی از مدل‌های مختلف مشارکت دولتی - خصوصی قرار دادی وجود دارد که ریسک‌ها و مسئولیت‌ها را به روش‌های مختلف در بین شرکا دولتی و خصوصی توزیع می‌نماید همانند: مدل خرید - ساخت - بهره‌برداری (BBO)، مدل ساخت - مالکیت - بهره‌برداری (BOO)، مدل ساخت - مالکیت - بهره‌برداری - واگذاری (BOOT)، مدل ساخت - بهره‌برداری - واگذاری (BOT)، مدل ساخت - اجرا - بهره‌برداری (BLOT)، مدل طراحی - ساخت - تأمین مالی - بهره‌برداری (DBFO)، قرار دادهای بهره‌برداری و نگهداشت (O&M) و مدل طراحی - ساخت (DB) و ...

بر اساس گزارش دفتر بانک جهانی در اتحادیه اروپا هر یک از دو دسته کلی مشارکت‌های دولتی خصوصی می‌تواند برای هر یک از کارکردهای نظام‌های سلامت (تعریف‌شده از سوی سازمان بهداشت جهانی) مورد استفاده قرار گیرد به‌استثنای کارکرد تولید که در حوزه استحفاظی بخش دولتی خواهد بود.

◆ مشارکت بخش خصوصی و دولتی بدون نقشه راه

آنچه در حال حاضر در حوزه سلامت کشور به وقوع پیوسته ورود به بحث مشارکت‌های دولتی خصوصی بدون وجود یک نقشه راه برای پیاده‌سازی چنین الگوهای به‌ویژه در حوزه خدمات بیمارستانی از سوی وزارت بهداشت است. در گذشته نیز چنین نقشی به‌منظور ایجاد توانمندسازی بیمارستان‌ها در امر خودگردانی و با اتخاذ رویکردی با عنوان ایجاد شبه بازار در مراکز ارائه خدمات درمانی صورت گرفته بود که با توجه به نبود نقشه راهی درست و الگویی مناسب در نهایت موجب ایجاد بخش‌هایی تحت عنوان VIP در بیمارستان‌های دولتی گردید و عملاً مراجعین در این بیمارستان‌ها به دو دسته شهروندان عادی و ویژه تقسیم‌شده و به‌جای ایجاد سازوکارهای ارتقای کارایی و کیفیت خدمات، صرفاً ویرانی از بخش خصوصی در دل بیمارستان‌های دولتی ایجاد گردید.

از این‌رو می‌توان گفت در مورد اتخاذ رویکرد مشارکت‌های دولتی خصوصی علاوه بر نادیده گرفتن وظایف تولیدی از سوی وزارت بهداشت در نظام سلامت (به‌ویژه در حوزه‌های سیاست‌گذاری و هماهنگی‌های بین بخشی) اهداف کلان نظام سلامت در حوزه‌های کارکردی تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات نیز نادیده انگاشته است. به‌عبارت دیگر بر اساس رویکرد دستگاہی تمامی فعالیت‌های مربوط به به کارگیری و استقرار مشارکت‌های دولتی خصوصی در سالان اخیر پرش از پله دوم بوده است، چرا که در پله اول و به‌عنوان سنگ بنای ایجاد و توسعه مشارکت‌های دولتی و خصوصی به‌ویژه در حوزه خدمات تخصصی بیمارستانی هیچ‌گونه مدل سیاستی و قاعده‌گذاری به‌منظور ارائه چهارچوب مفهومی در قالب اهداف کاربردی و مدنظر حاصل از پیاده‌سازی مشارکت‌های دولتی خصوصی ویژه حوزه سلامت موجود نیست.

◆ بررسی نمونه‌هایی از مشارکت بخش خصوصی و دولتی در ایران

جهت بررسی بیشتر پیامدهای این موضوع نمونه‌ای از بیمارستان‌های زنجیره‌ای را که با مشارکت وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی تابعه و یک موسسه خصوصی غیرانتفاعی در شهر تهران ایجاد گردیده است را به‌عنوان مثال از نظر می‌گذرانیم.

شبکه مذکور در حال حاضر دارای ۳ بیمارستان در حال ارائه خدمت است که نقطه مشترک در تمامی مراکز سه‌گانه مذکور، ساخت بیمارستانی جدید و مشخصاتی متفاوت از بیمارستان‌های دولتی هم‌جوار خود به‌ویژه در حوزه طراحی و ساختار فیزیکی در زمین متعلق به بیمارستان دولتی مذکور است.

پرونده چهارم

■ تأمین مالی نظام سلامت

مشارکت‌های

دولتی - خصوصی

بهترین‌های هر دو

بخش را با هم ترکیب

می‌نماید، منابع،

مهارت‌های مدیریتی

و فناوری‌های بخش

خصوصی به همراه

اقدامات قاعده

گذاری و محافظت

از منافع عمومی

در بخش دولتی

سه تجربه و سه الگوی متفاوت!

اما از سوی دیگر شاهد ۳ الگوی متفاوت در زمینه مشارکت دولتی خصوصی در این شبکه زنجیره‌ای از بیمارستان‌ها هستیم بدین ترتیب که در یکی از این مراکز در زمین آورده دولتی، بخش خصوصی ساخت، تجهیز، تصدی و بهره‌برداری از بیمارستان را برعهده گرفته است اما در قالب قرارداد اجاره‌ای ۱۵ ساله قابل تمدید به نوعی مالکیت این مرکز در اختیار بخش دولتی است. هر دو بیمارستان دولتی و خصوصی هم‌جوار به صورت مجزا از یکدیگر فعالیت نموده اما در برخی از موارد از خدمات متقابل یکدیگر همانند خدمات پشتیبانی مشترک استفاده می‌نمایند. در یکی دیگر از این مراکز، دو بیمارستان دولتی و خصوصی هم‌جوار به صورت مجزا از هم عمل کرده و یا یکدیگر ادغام شده‌اند، بدین معنی که مدیریت و تصدی و بهره‌برداری از دو بیمارستان به بخش خصوصی سپرده شده است و عملاً یک بیمارستان با نامی واحد البته در دو ساختمان مجزا شکل گرفته است. در این مدل فعالیت‌های آموزشی بیمارستان دولتی همچنان پابرجا مانده و حقوق پرسنل رسمی از بودجه دولتی تأمین شده و بخش خصوصی بازسازی ساختمان فرسوده بیمارستان دولتی را تعهد نموده است.

در آخرین مرکز از این زنجیره نیز بخش خصوصی ساخت و تجهیز بیمارستان جدید را عهده‌دار شده و کلیه نیروی انسانی و اعضای هیئت علمی بیمارستان فرسوده مجاور به این بیمارستان جدیدالتأسیس نقل مکان نموده‌اند.

همان گونه که در مثال مورد بررسی ملاحظه می‌شود نبود الگویی جامع با تعریف کارکردهای مورد نظر، چشم‌اسفندیار این طرح است که ناشی از ضعف در نقش تولیتهی وزارت بهداشت در ایجاد مشارکت‌های دولتی خصوصی است. چراکه این نقش تولیتهی و قاعده‌گذاری وزارت بهداشت است که می‌بایست تبیین نماید که مشارکت بخش دولتی خصوصی به عنوان یک ابزار سیاست‌گذاری در کدام حوزه‌ها هزینه‌آفرین بخش بوده و اهداف کلان نظام سلامت را بهبود می‌بخشد. اگر چنین ابزاری صرفاً در جهت بازسازی بافت‌های فرسوده بیمارستان‌های دولتی مورد استفاده قرار گیرد آنچه مورد نظر کلان نظام سلامت در راستای پاسخگویی، ایجاد کارایی و ارتقای کیفیت خدمات تحقق نخواهد یافت. از سوی دیگر باید متذکر شد که باوجود استفاده این بیمارستان‌ها از امکانات دولتی تعرفه آن مشابه تعرفه بخش خصوصی است.

هفت اصل برای ایجاد حاکمیت وزارت بهداشت و استفاده از ظرفیت بخش خصوصی

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان بیان داشت که التزام به اصول هفگانه

زیر می‌تواند به وزارت بهداشت و درمان جهت ایجاد یک حاکمیت شایسته (Good Governance) به منظور نقش‌آفرینی در دست تولیتهی در ایجاد و توسعه مشارکت‌های دولتی و خصوصی کمک نماید:

اصل ۱: فرآیند مشارکت دولتی - خصوصی نیازمند سیاست‌های یکپارچه‌ای است که اصولی صریح، دامنه و حوزه‌هایی مشخص، مجموعه اهداف واقع‌بینانه و ابزارهای لازم برای دستیابی به آن‌ها را باهدف کلی موفقیت در حمایت از مردم در رویکرد مشارکت دولتی - خصوصی تعیین نماید.

اصل ۲: مشارکت‌های دولتی - خصوصی به واسطه دارا بودن ساختارهای پیچیده نیازمند مهارت‌های جدید هستند، وزارت بهداشت می‌تواند ظرفیت‌های لازم را با اتخاذ یک رویکرد ترکیبی ایجاد نمایند، رویکردی که نیازمند دیدگاه بین‌رشته‌ای است (ضمن بهره‌گیری از کارشناسان بیرونی، ادارات دولتی را نیز آموزش می‌دهد). این امر سبب خواهد شد که با تحلیل تمامی ذینفعان (Stakeholders) الگوی جامع مشارکت‌های دولتی خصوصی در حوزه سلامت تبیین و دستورالعمل‌های لازم تنظیم گردد.

اصل ۳: سرمایه‌گذاران خصوصی در قراردادهای مشارکت‌های دولتی - خصوصی نیاز به قابلیت پیش‌بینی و امنیت در چارچوب قانونی دارند که به معنی قوانین کمتر، ساده‌تر و بهتر است. علاوه بر این، چارچوب قانونی می‌بایست ذینفعان را در نظر گرفته و به آن‌ها جهت شرکت در فرآیندهای قانونی، حفظ حقوقشان و تضمین مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها اختیار بدهد.

اصل ۴: قراردادهای مشارکت دولتی - خصوصی این امر را میسر می‌سازد که ریسک‌ها توسط بخش‌های خصوصی کنترل شوند. با این وجود، وزارت بهداشت نیز باید مسئولیت مربوط به خود را قبول نموده و برای کاهش مسئولیت‌های بخش خصوصی تلاش کند که این امر در نهایت به نفع هر دو طرف خواهد بود.

اصل ۵: انتخاب شرکت‌کنندگان در مناقصه‌ها می‌بایست بر اساس فرآیندی شفاف، بی‌طرفانه و غیر تبعیض‌آمیز صورت گرفته تا باعث افزایش رقابت شده و تعادلی میان الزام‌زمان کاهش پروژه و کاهش هزینه فرآیند مناقصه و همچنین یافتن بهترین طرح پیشنهادی برقرار کند. با هر گونه فساد در این تعاملات می‌بایست با ابزارهای تنبیهی بازدارنده برخورد شود.

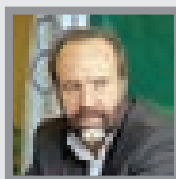
اصل ۶: فرآیند مشارکت دولتی - خصوصی می‌بایست از طریق افزایش شفافیت و پاسخگویی در پروژه‌ها مردم را در اولویت قرار داده و از این طریق معیشت مردم را (به‌ویژه محرومان اجتماعی و اقتصادی) بهبود بخشد.

اصل شماره ۷: فرآیند مشارکت دولتی - خصوصی می‌بایست اصول توسعه پایدار و سند راهبردی نظام سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری را در طرح‌های مبتنی بر مشارکت دولتی - خصوصی تجمیع و یکپارچه نماید.

خبر مرتبط

سود بخش خصوصی را تضمین می‌کنیم

شده ارائه می‌شوند و ما به التفاوت آن به بخش خصوصی پرداخت می‌شود. نکته حائز اهمیت این است که سود دهی هر گونه سرمایه‌گذاری توسط بخش خصوصی را تضمین می‌کنیم. در خصوص تخت‌های بیمارستانی ۹۴ بسته سرمایه‌گذاری به ارزش ۲۰ هزار میلیارد تومان در نظر گرفته شده است، مراکز تصویربرداری نیز در قالب ۵۰ پروژه به ارزش ۱۴۰۰ میلیارد تومان به بخش خصوصی واگذار می‌شود. به عبارتی جمعا بسته‌هایی به ارزش ۲۵ میلیارد تومان ارائه می‌شود. در فازهای بعدی برنامه‌هایی مانند شهرک‌های دانش و سلامت، اورژانس پیش بیمارستانی، مراکز جامع بهداشت، خدمات الکترونیک سلامت و... ارائه خواهد شد. قراردادی با ارزش هزار میلیارد تومان با شرکت سرمایه‌گذاری غدیر منعقد شده است، همچنین قراردادی با شرکت سامسونگ برای احداث یکی از بیمارستان‌های مهم به ارزش حدود هزار میلیارد تومان بسته شده است. این در حالی است که بودجه عمرانی وزارتخانه در سال ۹۲ زیر هزار میلیارد تومان بوده است.



سید ابراهیم رئیسیون مشاور اقتصادی وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی: در حوزه تخت‌های بیمارستانی شاخص کشور ما ۱/۷ تخت به ازای هر هزار نفر است که این آمار در کشورهای توسعه یافته ۵ تخت به ازای هر هزار نفر است، مطابق با برنامه ششم توسعه این عدد باید به ۲/۶ ارتقا پیدا کند، بر این اساس حدود ۱۱۵ هزار تخت جدید باید اضافه شود. با توجه به اینکه بیش از ۵۰ درصد بیمارستان‌های کشور فرسوده هستند، این آمار با احتساب جایگزینی تخت‌های فرسوده است. اگر به ازای هر تخت ۵۰۰ میلیون تومان هزینه را محاسبه کنیم یعنی بالغ بر ۶۰ هزار میلیارد تومان بودجه لازم داریم.

بدین ترتیب با احتساب زمان‌بندی ۵ ساله، سالیانه به ۱۲ هزار میلیارد تومان پول نیاز داریم. با توجه به موارد فوق و استقبال خوب، امیدواریم در رسیدن به اهداف موفق شویم. قالب پروژه‌های سلامت سودمند هستند، در شهرهای بزرگ با اعمال تعرفه‌های درست خدمات ارائه می‌شود و در شهرهایی که شرایط مالی مردم مناسب نیست، خدمات با قیمت تمام

انواع روش‌های تأمین مالی نظام سلامت در دنیا از طب ملی تا بازار آزاد

یادداشت
علی احمدی

سازوکار مالی مناسب در نظام سلامت به نحوی که علاوه بر ایجاد دسترسی عادلانه به خدمات پایه سلامت برای همه افراد، بتواند از بیماران در برابر هزینه‌های سنگین درمانی محافظت کند، یکی از اهداف سه‌گانه نظام سلامت است. لذا تأمین مالی از کارکردهای اصلی نظام سلامت بوده و جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع ریسک و خرید خدمت را شامل می‌شود. نحوه تأمین مالی در نظام سلامت و نقش آن در شکل‌گیری و دسترسی عادلانه به خدمات به قدری است که عموماً تقسیم‌بندی نظام‌های سلامت در دنیا بر این اساس صورت می‌گیرد. شاید بتوان نقطه مشترک تمام انواع روش‌های تأمین مالی موفق را استقلال خریدار خدمت از ارائه‌دهنده دانست. اصلاحات صورت گرفته هم عمدتاً در جهت تقویت این اصل بوده است. نکته دیگر آنکه ساختارهای کارآمد یک یا دو ساله به وجود نیامده‌اند، بلکه ده‌ها سال با اصلاحات تدریجی و بررسی اثرات این تغییرات در تمامی بخش‌های نظام سلامت، مسیر بهینه انتخاب شده است.

طب ملی

هزینه‌های سلامت از محل مالیات عمومی تأمین شده و ارائه خدمات عمدتاً توسط مراکز دولتی و رایگان برای تمامی شهروندان صورت می‌گیرد. انگلستان، نیوزیلند و برخی کشورهای حوزه اسکاندیناوی این مدل را برگزیده‌اند. در انگلستان ابتدا ارائه و خرید خدمات توسط دولت صورت می‌گرفت که موجب کاهش کیفیت و افزایش هزینه‌ها شد. لذا مارگارت تاچر در دوران نخست‌وزیری خود اصلاحاتی در نظام ملی سلامت (NHS) انگلستان به وجود آورد که مهم‌ترین آن‌ها واگذاری مسئولیت خرید خدمات سلامت به نهادهای غیردولتی با عنوان تراست بود. این کار در جهت تفکیک تدارک از خرید خدمت و به تبع آن افزایش کیفیت و کاهش هزینه‌ها صورت گرفت. استقرار نظام مالیاتی قوی، تضمین تخصیص منابع پایدار به حوزه سلامت از بودجه و تفکیک تدارک از خرید آن در کنار استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده از مهم‌ترین عوامل شکل‌گیری نظام سلامت نسبتاً موفق در انگلستان می‌باشد. با این وجود کیفیت پایین و صف انتظار طولانی در مراکز درمانی دولتی همچنان از مشکلات نظام سلامت این کشور است.

بیمه‌های اجتماعی

در این مدل صندوق‌های متعدد بیمه که با مشارکت مالی کارکنان و کارفرمایان شکل گرفته‌اند وظیفه جمع‌آوری منابع و خرید خدمت را به عهده‌دارند. مالکیت و مدیریت این صندوق‌ها با بیمه‌گذاران و کارفرمایان بوده و به صورت غیرانتفاعی فعالیت می‌کنند. از این روی به آن‌ها بیمه‌های اجتماعی می‌گویند. همه صندوق‌ها موظف هستند تا با دریافت سقف حق بیمه، کف خدمات پایه را برای بیمه‌گذاران پوشش دهند. ضمن اینکه افراد در انتخاب نوع بیمه‌ی خود اختیار دارند. رقابت بین صندوق‌ها منجر شده تا صندوق‌های بیمه برای افزایش جمعیت تحت پوشش خود هزینه‌های خود را به بهترین نحو ممکن مدیریت کرده و با حداقل حق بیمه دریافتی، حداکثر خدمات را پوشش دهند. این امر موجب افزایش کیفیت خدمات بیمه‌ای و درمانی شده است و تقریباً صف انتظار برای گرفتن خدمات درمانی وجود ندارد. از معایب این نوع نظام تأمین مالی می‌توان به زیاد بودن هزینه‌های پشتیبانی صندوق‌ها به دلیل تعدد آن‌ها و همچنین قیمت زیاد خدمات سلامت اشاره کرد.

صندوق واحد بیمه

در این ساختار بودجه و منابع عمومی سلامت و حق بیمه‌ای که مردم برای سلامت پرداخت می‌کنند در یک صندوق واحد (در سطح ملی یا محلی) تجمیع شده و خرید خدمت توسط این صندوق صورت می‌گیرد. به دلیل انحصار خریدار، خدمات سلامت از قیمت مناسب‌تری برخوردار هستند اما کیفیت پایین خدمات و ناکارآمدی صندوق بیمه در ارائه خدمات بیمه‌ای از جمله نقاط ضعف این نوع نظام‌های سلامت است، خصوصاً اگر مدیریت آن دولتی باشد. در کانادا مدیریت و مالکیت صندوق بیمه در هر استان غیردولتی بوده و به بیمه‌شدگان واگذار شده است. به دلیل انحصار خریدار خدمت که تنها یک صندوق بیمه است، قیمت خدمات نسبتاً کمتر است؛ اما نبود بستر رقابتی برای صندوق‌های بیمه مانع ارتقا کیفیت خدمات شده و منابع بهینه هزینه نمی‌شود. همچنین مانند انگلستان، صف طولانی انتظار برای گرفتن خدمت از معضلات این سیستم است.

حساب شخصی سلامت

در سنگاپور هر فرد دارای درآمد اجباراً بخشی از درآمد خود را باید در حساب شخصی سلامت پس انداز کند. در صورت نیاز فرد یا خانواده او به خدمات بهداشتی درمانی، از این محل هزینه‌ها پرداخت می‌شود. در این ساختار هیچ تجمیع ریسکی صورت نمی‌گیرد. ضمناً نقش یارانه دولت در خدمات سلامت بسیار پررنگ است.

بازار آزاد

در ایالات متحده آمریکا بیش از ۵۰ درصد هزینه‌ها به صورت مستقیم یا از طریق بیمه‌های خصوصی پرداخت می‌شود. عرضه و تقاضا تعیین‌کننده قیمت خدمات است. بهترین نوع آن در آمریکا پیاده شده به گونه‌ای که با وجود بیشترین سرانه به بخش سلامت شاهد نارضایتی گسترده از آن هستیم. درمان محوری یکی از شاخص‌های این نوع نظام است.

درآمد پزشکان متخصص، عمومی و پرستاران در جهان

ایران بهشت پزشکان متخصص

یادداشت
علی احمدی

خورده است. متأسفانه آمار واقعی و شفاف پیرامون درآمد پزشکان متخصص در ایران وجود ندارد.

از سوی دیگر با توجه به مشغولیت پزشکان در هر دو بخش دولتی و خصوصی نمی‌توان رصد دقیقی از دریافتی پزشکان در بخش خصوصی داشت. در یکی از اسناد منتشر شده از فیش حقوقی تعدادی از پزشکان شاغل در بیمارستان تأمین اجتماعی می‌توان دریافت که در سال ۱۳۸۸ و قبل از گام سوم طرح تحول نظام سلامت، متوسط دریافتی پزشکان حدوداً ۶۰ میلیون تومان در ماه بوده است (حتی در مواردی تا ۱۸۰ میلیون تومان در ماه).

لازم به ذکر است این آمار مربوط به قبل از گام سوم طرح تحول نظام سلامت است که تعرفه‌های پزشکان متخصص تا ۳ برابر افزایش یافت. از سوی دیگر در این آمار درآمد این پزشکان در بخش خصوصی لحاظ نشده است که با توجه به تعرفه‌های بالاتر این بخش می‌توان گفت درآمد هر پزشک متخصص در سال ۱۳۸۸ در مجموع بخش دولتی و خصوصی حداقل ۱۰۰ میلیون تومان در ماه بوده است؛ بنابر این با احتساب ۵ میلیون تومان درآمد سرانه کشور در آن سال می‌توان گفت که درآمد پزشکان در سال ۱۳۸۸ حدوداً ۲۰ برابر درآمد سرانه کشور بوده است.

❖ اختلاف فاحش درآمد و اعتراضات همیشگی

اختلاف درآمد فاحش بین اعضای کادر درمان نیز یکی دیگر از مسائل مربوط به درآمد بالای پزشکان متخصص است. این اختلاف فاحش درآمدی همواره موجب تحریک و اعتراض پرستاران و پزشکان عمومی شده است. در مطالعه دیگر دریافتیم که اختلاف درآمد بین پزشک متخصص و عمومی در سایر کشورهای منتخب جهان حداکثر ۲/۴ برابر است.

این در حالی است که در ایران اختلاف درآمد پزشک متخصص با پزشک عمومی حداقل ۱۰ برابر است. تخصص محوری نظام سلامت، خلأ نظام ارجاع مناسب و نفوذ پزشکان متخصص در تعیین تعرفه‌های پزشکی را می‌توان از علل این شرایط برشمرد که در سایر نوشتارها به‌طور مفصل به آن‌ها پرداخته شده است. در کشورهای پیشرفته معمولاً برای جلوگیری از افزایش

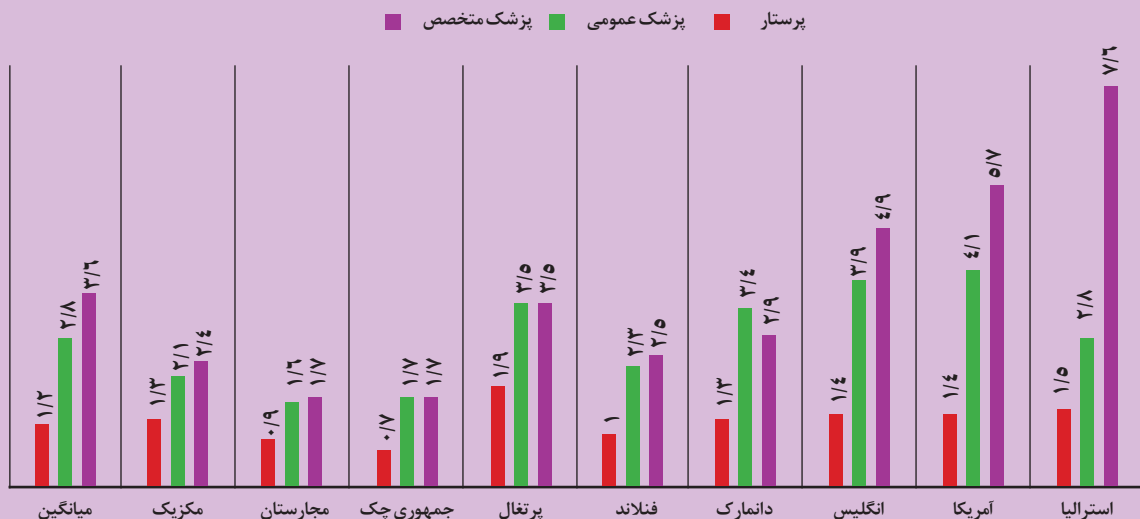
درآمد پزشکان متخصص در سال‌های اخیر همواره یکی از جذاب‌ترین عناوین خبری مطرح شده در رسانه‌ها بوده است. این شرایط که حاصل بی‌قانونی و عدم نظارت کارآمد در نظام سلامت است باعث شده تا هر ساله بخشی از هموطنان به علت هزینه‌های سنگین درمان به زیر خط فقر سقوط کنند. از سوی دیگر مکانیسم تصمیم‌گیری‌ها در مورد تعرفه‌های درمان همواره به‌گونه‌ای بوده که بیش‌ترین منفعت متعلق به این بخش از پزشکان شود.

درست است که یک فرد زحمات و مشقات زیادی برای ورود و فارغ‌التحصیلی از رشته پزشکی متحمل می‌شود اما به اذعان پزشکان متخصص ایرانی که در کشورهای پیشرفته در حال خدمت هستند، حقوق یک پزشک در ایران چند برابر همکار خود در خارج از کشور است. یکی دیگر از پیامدهای منفی این شرایط، کاهش انگیزه علمی و پژوهشی پزشکان و توجه صرف به امور درمان است. در این نوشتار سعی داریم تا به‌دور از هر گونه جانب‌داری سه نمونه از تحقیقات خودپیرامون این موضوع را منعکس نماییم.

یکی از مزیت‌های کشورهای پیشرفته فضای باز اطلاعاتی است. شفافیت درآمدهای یکی از مصادیق این ادعا است. به‌عنوان مثال شما می‌توانید با یک جستجوی ساده به میزان حقوق و درآمد اصناف مختلف به‌ویژه پزشکان دست پیدا کنید. در ادامه نسبت درآمد پزشکان متخصص، پزشکان عمومی و پرستاران را به درآمد سرانه چند کشور بررسی می‌کنیم. لازم به ذکر است کشورهای فوق همگی عضو سازمان همکاری‌های بین‌المللی اقتصادی هستند که به‌هدف کمک به کشورها در امور سیاست‌گذاری تشکیل شده است. درآمد سرانه (GDP per capita) یکی از شاخص‌های مهم اقتصادی برگرفته از تولید ناخالص ملی است که بیان‌کننده درآمد سرانه هر فرد در جامعه هست. به همین دلیل شاخص خوبی برای مقایسه درآمد پزشکان به درآمد سایرین در هر جامعه هست و می‌تواند اختلاف آن را به‌خوبی نشان دهد.

نمودار به‌خوبی نشان می‌دهد که درآمد پزشکان متخصص به‌طور متوسط ۳ تا ۴ برابر درآمد سرانه هر کشور است اما در ایران اوضاع به‌گونه‌ای دیگر رغم

مقایسه درآمد اعضای کادر پزشکی در برخی کشورها براساس درآمد سرانه همان کشور





هزینه تجویزهای غیر ضروری از جیب بیماران



دکتر حسین دارآفرین، دبیر انجمن آسیب‌شناسی پزشکی کشور نیز معتقد است که این روزها سهم خواری در نظام سلامت کشور شایع شده است. وی تأکید می‌کند که این رفتار غیر اخلاقی، ۱۴۰ سال پیش در آمریکا مرسوم شد که همان زمان هم جنبش‌های

مختلفی برای اعتراض به آن به وجود آمد، اما به نظر می‌رسد که همین موضوع در کشور ما در حال افزایش است. نبود نظارت جدی بر رفتار پزشکان سهم خواری، باعث شده که به اعتقاد دارآفرین، هزینه‌های میلیاردي به نظام سلامت تحمیل شود و در این میان، مردم بابت انجام آزمایش‌ها، عکس برداری‌ها و خرید داروهای غیر ضروری، ضررهای مالی هنگفتی را تحمل کنند. همیشه هم سهم خواری، برای ارجاع‌های غیر ضروری اتفاق نمی‌افتد، بلکه گاهی اوقات هم واقعاً یک بیمار به خدمات پاراکلینیکی نیاز دارد، ولی پزشک همان بیمار را به یک مرکز خاص ارجاع می‌دهد و بابت آن از آن مرکز، سهم می‌گیرد.

دکتر محمد مهدی قیامت، رئیس انجمن مراقبت‌های ویژه ایران نیز در گفت‌وگو با جام جم عنوان می‌کند که ارجاع غیر ضروری بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه، اگر چه خیلی کم است، اما گاهی اتفاق می‌افتد و مثلاً چند سال پیش هم یک مرکز درمانی در شرق تهران به دلیل همین کار توبیخ شد.

به اعتقاد او، این مشکل به پایین بودن سطح نظارت‌های کیفی در بیمارستان برمی‌گردد و فقط در صورتی می‌شود جلوی این گونه مشکلات را گرفت که نظارت‌های کیفی افزایش پیدا کند.

از سوی دیگر، حتی گاهی به گفته این متخصص، عمل جراحی غیر ضروری روی بیمار انجام می‌شود که بیمار به آن عمل جراحی نیاز ندارد و صرفاً این کار به دلیل درآمدزایی انجام می‌شود.

شکاف طبقاتی بین دهک‌های درآمدی پایین و بالای جامعه، از نرخ تصاعدی مالیات بر درآمد استفاده می‌شود. به گونه‌ای که درآمدهای بالای ۱۰ برابر میانگین درآمدهای جامعه از نرخ‌های بسیار بالای مالیات مثل ۶۵ الی ۸۰ درصد برخوردار خواهند شد. بنابراین شاغلان این کشورها انگیزه‌ای برای فعالیت بیشتر از حد متعارف و پرداخت مالیات‌های سنگین ندارند؛ اما در ایران به دلیل ضعف مفرط نظام مالیاتی، دولت و در نتیجه احاد افراد جامعه به راحتی از این منبع درآمدی محروم شده و به نوبه خود باعث افزایش شکاف طبقاتی و تبعات اجتماعی آن در جامعه می‌شود.

وضع جیب اینترنت و رزیدنت در ایران و آمریکا و بریتانیا

در جدول زیر درآمد دوره‌های مختلف پزشکی در ایران و آمریکا در سال ۲۰۱۲ (۱۳۹۱) مقایسه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌کنید در حالی که درآمد پزشک متخصص در آمریکا کمتر از ۲ برابر یک پزشک عمومی است، در ایران نزدیک به ۹ برابر است. درآمد میانگین پزشکان متخصص آمریکایی تقریباً ۷ برابر درآمد رزیدنت‌ها و اینترنت‌های آن کشور است، این تفاوت درآمدی در ایران تقریباً ۴۰ و ۱۰۰ برابر است!

درآمد سالانه اینترنت‌ها در ایران معادل ۳ میلیون تومان در نظر گرفته شده است. (دانشجویان مجرد ماهی ۲۲۰ و متأهل ۳۲۰ هزار تومان)

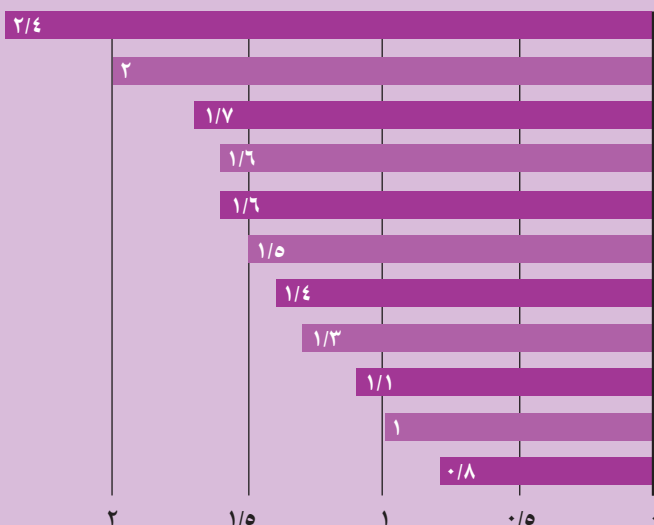
درآمد سالانه رزیدنت‌ها در ایران معادل ۷/۲ میلیون تومان در نظر گرفته شده است. (رزیدنت مجرد ماهی ۵۳۰ و متأهل ۶۸۰ هزار تومان)

مبنای درآمد پزشکان عمومی در ایران، دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه ۰۲ و دستورالعمل اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی نسخه ۱۳ بود. حداقل و حداکثر حقوق ۲۴ و ۴۰ میلیون تومان در سال برآورد شد و میانگین ۳۲ میلیون تومان برای استفاده در جدول به کار رفت.

درآمد مقاطع مختلف پزشکی در ایران با توجه به PPP conversion factor سال ۲۰۱۲ (۱۳۹۱) اعلام شده از سوی بانک جهانی که ۷۰۰ ریال است به دلار تبدیل شده است.)

تطبیق یافته با قدرت خرید به علت تفاوت هزینه‌های زندگی در کشورهای مختلف، تبدیل مستقیم درآمد پزشکان این کشورها به دلار آمریکا از طریق نرخ ارز رسمی نمی‌تواند معیار صحیحی برای مقایسه درآمد آنان باشد، از این رو درآمد سالیانه پزشکان متخصص با استفاده از ضریب تبدیل برابری قدرت خرید (Purchasing Power Parity conversion factor) که هر ساله توسط بانک جهانی اعلام می‌شود به معادل دلاری آن تبدیل شده است.

نسبت درآمد پزشک متخصص به عمومی



هلد

لوزامبورگ

فرانسه

استرالیا

آمریکا

کانادا

فنلاند

انگلستان

سوئیس

ایسلند

جمهوری چک

نام کشور	مقطع	درآمد سالانه به دلار (تطبیق یافته با قدرت خرید)	نسبت درآمد به درآمد به هر مقطع	نسبت درآمد پزشک متخصص به عمومی
ایران	اینترنت	۴۲۸۶	۰/۳۳	۹۷
ایران	رزیدنت	۱۰۲۷۶	۰/۷۹	۴۰
ایران	پزشک عمومی	۴۵۷۱۴	۳/۵۲	۹/۱۵
آمریکا	اینترنت	۳۸۰۰۰	۰/۷۶	۷
آمریکا	رزیدنت	۵۰۰۰۰	۱	۵/۳
آمریکا	پزشک عمومی	۱۵۸۰۰۰	۳/۱۶	۱/۷
بریتانیا	اینترنت	۳۳۰۰۰	۰/۹	۳/۸۴
بریتانیا	رزیدنت	۳۶۰۰۰	۱	۳/۵۲
بریتانیا	پزشک عمومی	۱۰۰۰۰۰	۲/۷۱	۱/۲۷

منبع جدول: 41.OECD HEALTH WORKING PAPERS NO



اگر به قوانین فعلی

نگاهی بیندازیم

تکلیف موضوع

انتقال بیمه‌ها

روشن است و

نمی‌توان مدیریت

بیمه‌ها را به وزارت

بهداشت منتقل

کرد. اما موضوع

چالش برانگیز

دیگر تجمیع

بیمه‌هاست

گزارشی از کشمکش وزارت بهداشت و رفاه بر سر بیمه‌ها اختلاف بر سر تولیت و تجمیع

علل ناکارآمدی بیمه در نظام سلامت

گزارش
حسن شرقی

خدمت از یکدیگر که در این بند مورد تأکید واقع شده است قابل جمع نیست. در حقیقت محوریت وزارت بهداشت به معنای تعیین چارچوب‌های کلان مدیریت بهینه منابع مالی و نظارت بر حسن اجرای آن‌ها است. همان گونه که در بند ۴-۹ سیاست‌های کلی سلامت «تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولیت بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیر ضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان» تصریح شده است.

ماده ۱۱ نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

از طرف دیگر مطابق تبصره یک ماده ۱۱ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی «هر گونه استفاده از منابع نظام تأمین اجتماعی اعم از منابع عمومی و یارانه‌ها در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی برای دستگاه‌های اجرایی دولتی، عمومی، صندوق‌ها و نهادهای غیر دولتی، خارج از قلمرو این نظام تحت هر عنوان و برای هر منظور ممنوع است و استفاده از این منابع مستلزم پذیرش نظارت و راهبری کلان وزارت رفاه و تأمین اجتماعی است». در نتیجه انتقال بیمه به وزارت بهداشت بر خلاف قانون است.

تجمیع بیمه‌ها یا رقابت بین آن‌ها

لذا اگر به قوانین فعلی نگاهی بیندازیم تکلیف موضوع انتقال بیمه‌ها روشن است و نمی‌توان مدیریت بیمه‌ها را به وزارت بهداشت منتقل کرد. اما موضوع چالش برانگیز دیگر تجمیع بیمه‌هاست. خدمات سلامت ملی، بیمه‌های اجتماعی، رقابتی و صندوق بیمه‌ای واحد رایج‌ترین ساختارهای تأمین مالی سلامت در دنیا هستند. هر یک از این روش‌ها مزایا و معایبی دارند. به عنوان مثال در کشور انگلستان با مدل خدمات سلامت ملی، علیرغم هزینه‌های پایین سلامت برای مردم، وجود صف طولانی انتظار برای دریافت خدمات، مشکلات قابل توجهی را به همراه دارد. در کانادا با مدل صندوق واحد بیمه به دلیل انحصار خریدار خدمت که تنها یک صندوق بیمه در هر استان است، قیمت خدمات نسبتاً

موضوع بیمه سلامت همواره یکی از کلیدی‌ترین ارکان نظام سلامت بوده، به ویژه در طرح تحول که وزارت بهداشت همه چشم امیدش به بیمه‌گران است تا بتواند این طرح را ادامه بدهد، علاوه بر این تجمیع بیمه هم که از سال‌ها قبل مطرح شده را باید به پازل نظام سلامت افزود، پازلی که امروز محل مناقشه دو وزارتخانه بهداشت و رفاه شده است. وزارت بهداشت به عنوان مدافع تجمیع و مدعی قبول مسئولیت بیمه است، در حالی که وزارت رفاه نیز این کار را منشأ بحران اجتماعی می‌داند؛ اما قانون چه می‌گوید؟

سیاست‌های کلی سلامت و تفکیک تولیت، تأمین مالی و ارائه خدمت

بند هفتم سیاست‌های کلی سلامت که بر «تفکیک وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت» تصریح می‌کند، علاوه بر اینکه انتقال بیمه‌های درمانی به وزارت بهداشت برخلاف سیاست‌های کلی است، بلکه وزارت بهداشت باید استقلال بیمارستان‌های دولتی از این وزارتخانه را در دستور کار قرار دهد. با توجه به این توضیحات، علیرغم برخی ادعاها، محوریت وزارت بهداشت در مدیریت منابع و نظام بیمه که در بند ۱-۷ سیاست‌های کلی سلامت به آن اشاره شده است، نمی‌تواند به معنای انتقال بیمه‌های درمانی به وزارت بهداشت تفسیر شود چرا که این تفسیر به هیچ عنوان با اصل تفکیک تولیت، تدارک و خرید

بودجه عمومی، هدفمندی یارانه‌ها، مالیات بر ارزش افزوده، بیمه شخص ثالث و ... به‌طور پراکنده به نهادهایی غیر از بیمه‌های درمان از جمله وزارت بهداشت تزریق می‌شود. با تخصیص مستقیم منابع درمانی به وزارت بهداشت که خود ارائه‌دهنده خدمت است، طبیعتاً منابع بهینه هزینه نمی‌شود. ضمن اینکه در این حالت عده کثیری از مردم از منابع عمومی بخش سلامت محروم می‌شوند. برای رفع این مشکل بهتر است منابع مذکور به شکل مناسب بین صندوق‌های بیمه تقسیم و از این طریق در نظام سلامت هزینه شود. همان‌طور که در بند ۲-۷ سیاست‌های کلی سلامت نیز بر «مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه» تأکید شده است. ۵- تفکیک صندوق‌های درمان و بازنشستگی: بیمه درمان برخلاف بیمه بازنشستگی بین نسلی نیست و منابع آن صرفاً باید در بخش سلامت هزینه شود. به‌علاوه از منابع صندوق‌های درمان برای سرمایه‌گذاری و افزایش درآمد صندوق‌های بیمه استفاده شود. لذا جدا شدن صندوق درمان از سایر صندوق‌های اجتماعی و شفاف شدن درآمدها و هزینه‌های یکی از مهم‌ترین پیش‌نیازها برای اصلاح ساختار تأمین مالی و ایجاد پایداری در منابع مالی نظام سلامت است. در صورت تحقق تدریجی پیش‌نیازهای مذکور همه افراد با پرداخت حق بیمه‌ای متناسب با درآمد، از حداقل خدمات ضروری به‌صورت یکسان بهره‌مند می‌شوند و مقدمات ادغام یا رقابتی کردن صندوق‌های بیمه فراهم خواهد شد.

مشکلات نظام سلامت با مدیریت منابع قابل حل است نه تزریق منابع مالی

در گام اول طرح تحول نظام سلامت به‌منظور کاهش پرداخت از جیب مردم هزاران میلیارد تومان از محل بودجه عمومی و بیمه‌ها به‌نظام سلامت تزریق شد. اگرچه این کار در کوتاه‌مدت هزینه مردم را کاهش داد، در بلندمدت تداوم آن بسیار مشکل است. به‌علاوه به‌منظور مقابله با رویکرد القایی و افزایش غیرمنطقی مصرف کالا و خدمات پزشکی، این منابع باید از مسیر بیمه‌ها در نظام سلامت هزینه می‌شود. در گام سوم طرح تحول نظام سلامت برای جلوگیری از ورشکستگی بیمارستان‌های دولتی و حذف زیرمیزی افزایش ۱۵۰ درصدی تعرفه‌های پزشکی به‌عنوان راهکار ارائه شد. سیاستی که تنها برای ۵ ماه انتهای سال ۹۳ بیش از ۳ هزار میلیارد تومان بر هزینه‌های درمانی تأمین اجتماعی افزود. در صورتی که علت ورشکستگی بیمارستان‌های دولتی مدیریت ناکارآمد آنها است و ارتباطی به تعرفه‌های پزشکی ندارد چرا که در برخی موارد با اصلاح ساختار مدیریتی و به‌کارگیری ظرفیت خالی و غیرفعال بیمارستان با تعرفه‌های سابق، این بخش کاملاً اقتصادی مدیریت شده است. رویکرد وزارت بهداشت برای حل مسائل نظام سلامت بودجه‌ای است، به‌بیان دیگر مسئولین این وزارتخانه معتقدند که مشکلات این حوزه صرفاً با تزریق مستقیم منابع مالی از هر مسیر ممکن از قبیل بودجه عمومی، یارانه و امثال آن قابل حل است. این درحالی که است که بخش اعظم مشکلات ناشی از ناکارآمدی‌های مدیریتی و ساختاری این نظام است. کاهش پرداخت از جیب در درازمدت جز با ساماندهی تقاضا و حذف نیازهای القایی و مدیریت صحیح منابع با ابزارهایی مثل پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای بالینی و پرونده الکترونیک سلامت امکان‌پذیر نخواهد بود. به نظر می‌رسد مهم‌ترین علت ناکارآمدی بخش دولتی، نه پایین بودن تعرفه‌ها بلکه فعالیت همزمان پزشکان و مدیران این بخش در بخش خصوصی است. چرا که کارآمدی بخش دولتی از رونق بخش خصوصی خواهد کاست. همچنین راهکار اصلی برای جبران کمبود پزشک مناطق محروم، افزایش ظرفیت پذیرش پزشک در کنار بومی‌گزینی و پذیرش دانشجوی پزشکی به‌شرط خدمت طولانی مدت در منطقه از پیش تعیین شده است. اگرچه وزارت بهداشت گام‌های مثبتی در جهت بومی‌گزینی دانشجویان دوره تخصص برداشته است، اما کاهش چشمگیر ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی در شرایطی که سرانه پزشک در کشور وضعیت اسفناکی دارد سؤال برانگیز است.

این بار نیز وزارت بهداشت به‌جای حل ریشه‌ای مشکلات طرح تحول نظام سلامت، تزریق بیش از پیش منابع مالی را راه نجات می‌داند و بر انتقال منابع مالی بیمه‌ها به وزارت بهداشت اصرار دارد. طرح تحول فارغ از اینکه چقدر توانسته شاخص‌های سلامتی جامعه را افزایش دهد، به تهدیدی برای نظام اقتصادی و اجتماعی کشور تبدیل شده است.

کم است؛ اما نبود بستر رقابتی برای صندوق‌های بیمه مانع ارتقا کیفیت خدمات شده و منابع بهینه هزینه نمی‌شود. صف طولانی انتظار برای گرفتن خدمت از معضلات دیگر این سیستم است.

در نقطه مقابل در کشور آلمان نزدیک به صد و پنجاه صندوق بیمه سلامت وجود دارد. رقابت بین این صندوق‌ها افزایش کیفیت خدمات درمانی و حذف صف انتظار را به همراه داشته است اما افزایش هزینه‌های پشتیبانی صندوق‌ها به دلیل تعداد آن‌ها و همچنین قیمت بالای خدمات از نقاط ضعف این مدل هستند؛ اما مدیریت بهینه منابع و سامان‌دهی تقاضا در پی رقابت بین صندوق‌ها موجب شده تا آلمان با هزینه سرانه‌ی سلامت کمتر نسبت به کانادا، در جایگاه مشابه با این کشور در رده‌بندی نظام‌های سلامت دنیا قرار گیرد. برای هر یک از این روش‌های تأمین مالی نمونه‌های موفق و ناموفق وجود دارد که نشان می‌دهد طراحی ساختار مناسب باید مبتنی بر شرایط بومی انجام شود. برخی مدعی هستند که همه نظام‌های پیشرو در سلامت از مدل صندوق واحد بیمه (مانند کانادا) تبعیت می‌کنند. در صورتی که این مسئله واقعیت نداشته و در کشور‌های موفق دیگری مانند آلمان، فرانسه، هلند و سوئیس صندوق‌های متعدد بیمه با یکدیگر رقابت می‌کنند.

آیا تجمیع بیمه‌های درمانی یک تکلیف قانونی است؟

بر اساس بند ب ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه «به دولت اجازه داده می‌شود بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده پنج قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده پنج قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید.» همان‌طور که از ادبیات این قانون بر داشت می‌شود، دولت هیچ تکلیفی برای تجمیع بیمه‌ها ندارد.

در نقطه مقابل، در سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغیه مقام معظم رهبری، در بند ۹ علاوه بر «توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی»، در بند ۹-۵ نیز بر «تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی» تأکید شده است. اگرچه برخی معتقدند که عبارت «بازار رقابتی» صرفاً به بیمه‌های تکمیلی اشاره دارد و مغایر تجمیع بیمه‌های پایه نیست، اما بند ۲-۹ این سیاست‌ها به «پوشش کامل نیازهای پایه در مان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه» اشاره کرده است که نشان می‌دهد این ادعا با متن سیاست‌های کلی سلامت هم‌خوانی ندارد. به‌بیان دیگر در سیاست‌های کلی سلامت بر تعدد صندوق‌های بیمه پایه در مان تأکید شده است.

برخی اصلاحات پیش‌نیاز تجمیع یا تعدد بیمه‌ها

مقدم بر بحث تجمیع یا تعدد بیمه‌های پایه در مان، نظام تأمین مالی سلامت نیازمند تغییراتی است که بی‌توجهی به آن‌ها هر گونه اصلاحی را با شکست مواجه خواهد کرد. مهم‌ترین این تغییرات عبارت‌اند از: ۱- یکسان‌سازی نرخ حق بیمه: یکی از مهم‌ترین گام‌ها به‌منظور مشارکت مالی عادلانه در هزینه‌ها است. در حال حاضر بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی ۹ درصد حقوق خود را به‌عنوان حق بیمه سلامت به این صندوق می‌پردازند. در حالی که این عدد برای بیمه‌شدگان صندوق سلامت ایرانیان ۵ درصد و در برخی موارد صفر است. مادامی که این اختلاف پرداخت وجود داشته باشد امکان تجمیع بیمه‌ها یا ایجاد فضای رقابتی بین آن‌ها وجود ندارد. البته در مدل رقابتی ممکن است بیمه‌ها به‌صورت داوطلبانه حق بیمه دریافتی را کاهش دهند، اما سقف دریافتی باید یکسان باشد. ۲- یکسان‌سازی بسته خدمات پایه: پوشش خدمات پایه سلامت برای همه افراد، با هر نوع بیمه باید در تمامی مراکز عمومی و دولتی یکسان باشد و نوع بیمه تفاوتی در دسترسی به خدمات پایه ایجاد نخواهد کرد. در این شرایط با ادغام صندوق‌ها تغییری در پوشش خدمات پایه ایجاد نخواهد شد. به‌علاوه در صورت رقابتی شدن صندوق‌های بیمه نیز بسته خدمات پایه باید برای تمامی بیمه‌ها یکسان باشد و رقابت آن‌ها مبتنی بر مؤلفه‌هایی همچون نرخ حق بیمه و افزایش پوشش خدمات، افزون بر بسته پایه، شکل گیرد. ۳- بیمه همگانی: گام مهم دیگر در تحقق دسترسی عمومی به خدمات پایه سلامت، پوشش همگانی بیمه درمان است. اجباری کردن بیمه درمانی برای همه شهروندان یکی از شروط لازم برای پوشش همگانی است. در این حالت حق بیمه افراد ناتوان باید با استفاده از روش‌های حمایتی تأمین شود. ۴- مدیریت منابع مالی نظام سلامت از طریق نظام بیمه‌ای: سالانه ده‌ها هزار میلیارد تومان از محل

تأمین کننده با بهترین مکانیسم پرداخت و مناسب ترین قرارداد خرید؛ نقطه مقابل آن خرید منفعلانه و به معنی پرداخت صرف صورتحساب بدون اعمال قدرت چانه زنی و نظارت است.

❖ غفلت از کارکرد اصلی بیمه ها یعنی پیشگیری

در نظام سلامت کشور جای خالی بیمه های سلامت کارآمد به وضوح مشخص است. ناکارآمدی بیمه ها عمدتاً ناشی از نبودن در جایگاه واقعی و غفلت از کارکردهای اصلی آن ها است. بی شک یکی از مهم ترین اهداف نظام سلامت ارتقاء سلامت جامعه است. واضح است که حفظ سلامتی و جلوگیری از بیمار شدن افراد به مراتب نسبت به درمان بیماری کم هزینه تر و آسان تر است. اگرچه هدف اصلی بخش ارائه دهنده خدمت (پزشکان) ارتقاء سلامت جامعه است اما از آنجایی که این بخش از درمان کردن افراد منتفع می شوند (نه از طریق حفظ سلامتی و پیشگیری) لذا منافع این بخش در وجود بیمار و بیماری در جامعه بوده و در واقع با درپیش گرفتن سیاست های سلامت محور و پیشگیرانه عملاً منافعشان به خطر می افتد. پس طبیعی است که پزشکان انگیزه های برای حفظ سلامتی و جلوگیری از بیمار شدن مردم نداشته باشند. در مجموع باید گفت منافع ارائه دهندگان خدمت (پزشکان) در تضاد با هدف نهایی نظام سلامت بوده و عملاً به سمت حفظ سلامتی جامعه حرکت نخواهند کرد.

❖ نقش بیمه در مقابله با افزایش درمان های القایی و هزینه های درمان

از ویژگی های خاص بازار سلامت نامتقارن بودن اطلاعات بین ارائه دهنده و گیرنده خدمت است. ارائه دهندگان خدمات درمانی (پزشکان) همواره از اشراف اطلاعاتی بالاتری نسبت به گیرنده خدمت یعنی بیماران برخوردار هستند. در این حالت نوعی خطر اخلاقی (moral hazard) از طرف ارائه دهنده خدمت بروز پیدا می کند و آن اینکه خدمت نامناسب و غیر ضروری و یا با کیفیت پایین و حتی با قیمت بیشتر به بیمار تحمیل می شود. فراگیر شدن این پدیده منجر به افزایش درمان های القایی و روی آوردن به سمت روش های گران قیمت شده و دراز مدت موجب افزایش هزینه های درمانی، به هدر رفتن منابع و همچنین به خطر افتادن سلامتی افراد می شود.

❖ سود بیمه در بیمار نشدن مردم است

حال اگر بازبگر قدرتمند سومی را وارد نظام سلامت کنیم که منافع آن در راستای حفظ سلامتی مردم باشد، می تواند سلامت جامعه را ارتقا دهد. این بازبگر قدرتمند، بیمه است که قدرت آن ناشی از منابعی است که از طریق پرداخت حق بیمه از طرف بیمه گر ها و همچنین بودجه سلامت تأمین شده و به عنوان خریدار آگاه خدمت به و کالت از مردم اقدام به خرید خدمت می کند. با توجه به اینکه منافع بیمه (به عنوان خریدار خدمت) در عدم پرداخت خسارت بر اثر بیماری ها است لذا بر خلاف بخش ارائه خدمت - که از بیمار شدن افراد نفع می برد - انگیزه کافی برای حفظ سلامتی و پیشگیری از بیمار شدن افراد را دارد تا با صرفه جویی در هزینه ها نفع بیشتری ببرد.

❖ ابزارهای بیمه برای خرید راهبردی

همچنین اگر مسئولیت خرید خدمت به و کالت از مردم به بیمه واگذار شود، منافع بیمه ایجاب می کند تا با خرید راهبردی، خدمت مورد نیاز بیمار را با کیفیت و قیمت مناسب خریداری کرده و در اختیار بیمار قرار دهد. در این راستا بیمه با ابزارهای مختلفی از جمله پزشک خانواده - که در استخدام بیمه و مسئول سلامتی افراد تحت پوشش و پیگیری روند درمانی آن ها است - راهنمای بالینی (Guideline) و ایجاد فضای شفاف و حذف رابطه مالی بین بیمار و پزشک با ایجاد پرونده الکترونیک سلامت، تلاش می کند تا در راستای منافع خود از تجویز خدمات غیر ضروری و درمان های القایی جلوگیری کند. بدیهی است در صورتی که بیمه قادر به بکارگیری ابزارهای مذکور برای تأمین منافع بیماران نباشد و تفکیک درست بین بخش ارائه خدمت - که در کشور ما عمدتاً به عهده وزارت بهداشت است - و خریدار خدمت یعنی بیمه صورت نگیرد، بیمه عملاً کارکرد خود را از دست داده و تنها به مانند صندوقی برای تأمین هزینه های درمان در راستای منافع بخش ارائه خدمت تبدیل شود. موضوعی که تحت عنوان خرید منفعلانه به آن پرداخته شد.



جایگاه بیمه های درمانی در تأمین منابع مالی نظام سلامت

خریدار آگاه و وکیل مردم

یادداشت

حسن شرقی

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) نظام سلامت دارای سه کارکرد اصلی است که عبارتند از: تولید، تدارک خدمت و تأمین مالی. تدارک خدمت شامل پزشکان و حرفه های مرتبط و مراکز درمانی است.

❖ تولید در سلامت و نقش حاکمیت

تولیت نیز به معنی سیاست گذاری و نظارت جزء وظایف حاکمیت است و با سایر کارکردها تفاوت اساسی دارد. این وظیفه حاکمیتی که در اغلب کشورها بر عهده وزارت بهداشت است به منظور تحقق سایر کارکردهای نظام سلامت باید با تعیین قواعد و طراحی سازوکارها رابطه دیگر بازیگران این عرصه را تنظیم و بر حسن اجرای آن ها نظارت کند. این موضوع زمانی محقق می شود که حاکمیت در سایر کارکردهای نظام سلامت کمترین تصدی را داشته باشد چرا که بر مبنای ساده ترین اصل حکمرانی، یک نهاد نمی تواند قاعده گذار و ناظر بر فعالیت خود باشد. به علاوه تصدی گری در سایر کارکردها از توان حاکمیت برای ایفای نقش حاکمیتی می کاهد.

❖ ویژگی های بیمه کارآمد

اما کارکرد سوم تأمین مالی خدمات سلامت است که در ادامه پیش تر به آن می پردازیم. تأمین مالی از کارکردهای نظام بیمه است که به عنوان وکیل بیمه شدگان و خریدار آگاه خدمات اقدام به خرید خدمت از ارائه دهندگان خدمات درمانی می کنند. یکی از ویژگی های بیمه های کارآمد خرید راهبردی (Strategic Purchasing) خدمات است. خرید راهبردی یعنی چه خدمتی را از چه کسی، برای چه کسی و با چه قیمت و کیفیتی مهیا می شود. خرید راهبردی یعنی جستجوی مستمر برای خرید بهترین مداخلات سلامتی از بهترین



ویژگی‌های بازار خدمات سلامت

یادداشت
علی احمدی

سریک کالای همگن و خاص به داد و ستد پردازند. زمانی که فقط تعداد کمی از تولیدکنندگان دارای یک کالا باشند و جایگزینی هم برای آن کالا وجود نداشته باشد، در بازار در مورد آن کالای خاص انحصار ایجاد می‌شود. در این حالت انحصارگر تنظیم‌کننده قیمت است و قدرت کامل بازار را دارد. خدمات سلامت هم به خاطر تخصصی بودن احتمال ایجاد انحصار و نوعی محدودسازی در دسترسی به خدمات در آن وجود دارد و رقابت پذیری در آن وجود ندارد.

■ متناسب نبودن پرداخت با نتیجه

همواره در قبال پرداخت هزینه نمی‌توان از نتیجه کار مطمئن بود. ممکن است هزینه‌ی فراوانی برای درمان انجام شود ولی نتیجه مرگ یا ناتوانی باشد. در خدمات پیشگیری هم گاهی اوقات هزینه‌ی انجام شده نتیجه‌ی مورد نظر را به همراه ندارد. در همین زمینه ممکن است برای فرد هزینه‌ای پرداخت شود که در صورت پرداخت نشدن هم فرقی به حال وی نمی‌کرد. مانند واکسیناسیون عمومی.

■ علت مداخله دولت‌های در بازار سلامت

اگر چه در بسیاری از کالاها مانند مواد غذایی، دولت‌ها به نوعی مداخله می‌کنند، ولی در بازار مراقبت‌های سلامتی این مداخله وسیع‌تر و جدی‌تر است، به طوری که دولت‌ها به نمایندگی از مصرف‌کننده، خدمات را خریداری و حتی آن را تولید می‌کنند. علت مداخله دولت‌ها، این است که هیچ یک از فرضیه‌های مربوط به بازارهای کامل در مراقبت‌های سلامتی کاربرد ندارد و مکانیزم بازار (عرضه و تقاضا) قادر نیست در بازار تعادل ایجاد کند که اصطلاحاً از آن تحت عنوان شکست بازار (Market failure) نام برده می‌شود.

بر اساس تئوری‌های اقتصادی در یک بازار رقابتی، در تلاقی عرضه و تقاضا به تعادل رسیده و قیمت و مقدار تعادلی در این نقطه تعیین می‌شود. به بهای کالاها و خدماتی که معمولاً با دخالت مکانیزم بازار (تقابل عرضه و تقاضا) تعیین می‌شود، قیمت گفته می‌شود. در خصوص برخی خدمات و کالاها همچون سلامت، شرایط اقتصادی همانطور که گفته شد به گونه‌ای است که تعیین قیمت توسط مکانیزم بازار، امکان ناپذیر و یا ناکارآمد بوده و معمولاً دولت‌ها یا حاکمیت با دخالت در بازار، قیمت‌ها را به صورت دستوری تعیین می‌کند که به آن در اصطلاح تعرفه و یا قیمت برنامه‌ای می‌گویند. مفهوم تعرفه یا قیمت برنامه‌ای رسیدن به هدف یا سیاستی است که دولت تعیین نموده است. به همین جهت تعرفه گذاری ذاتاً ابزاری برای رفتار سازی و اعمال حاکمیت و در نتیجه اهرمی برای سیاست‌گذاری محسوب می‌گردد.

از سوی دیگر وجود یک مکانیزم نظارتی کارآمد در این بازار بسیار ضروری است. کارکرد این مکانیزم جلوگیری از انحصار و پوشش عدم تقارن اطلاعاتی است که در بازار سلامت وجود دارد. لازم به ذکر است که با توجه به تعاریف بیان شده از ساختار نظام سلامت این وظیفه بر عهده بیمه‌های در مان گذاشته شده است.

سلامت به عنوان یک کالای هزینه بر شناخته می‌شود و اقتصاد سلامت به عنوان رکن اصلی این بازار هیچ‌گاه در کشور ما مورد توجه نبوده است. از این جهت اولین سوالی که پیش می‌آید این است که آیا می‌توان کالای سلامت را همانند بقیه کالاها در یک نظام بازاری به خرید و فروش گذاشت؟ آیا بازار سلامت تابع عرضه و تقاضا در جامعه است؟ مراقبت‌های سلامتی چه ویژگی‌هایی دارند که آنها را از بقیه خدمات متمایز می‌کنند؟ برای نزدیک شدن به پاسخ در ابتدا به چند ویژگی‌های منحصر به فرد خدمات سلامت اشاره می‌شود:

■ ماهیت خدمات سلامت

کالای ضروری به کالاها و خدماتی گفته می‌شود که نیازهای حیاتی مشتری را تأمین می‌کنند و خدمات بهداشتی درمانی نیز جزو این دسته کالاها به شمار می‌روند. کالای ضروری کالایی است که مردم صرف نظر از تبه اقتصادی باید در زمان نیاز به آن دسترسی داشته باشند. از سوی دیگر فراهم کردن کالاهای اساسی به اندازه خدمات سلامت اهمیت ندارند چرا که بالاخره می‌توان آنها را با کم‌وزیادش جبران کرد و یا تأمین آن را به زمانی دیگر موکول کرد ولی خدمات سلامت یک ضرورت هستند که در صورت عدم تأمین آن جان افراد به خطر می‌افتد.

■ عدم تقارن اطلاعاتی

ارائه‌کنندگان خدمات در خصوص ضرورت و نوع خدمت مورد نیاز اطلاعاتی دارند که دریافت‌کننده به آنها دسترسی ندارد و یا برایش مفهوم نیستند. یعنی اگر به بیماری بگویند به جراحی فوری نیاز دارد، غالباً بیمار نمی‌تواند شخصاً در خصوص صحت یا سقم این گزاره قضاوت سریع و صحیحی داشته باشد. در حالی که در سایر حوزه‌ها غیر از بهداشت و درمان دریافت‌کننده خدمات در خصوص آن اطلاعات حداقلی دارد و با استفاده از همان می‌تواند قضاوت کند و از حقوق خود دفاع کند.

■ اضطراب دریافت‌کننده خدمت

در بازار نیاز شدید خریدار به کالا برای فروشنده یک امتیاز محسوب می‌شود چرا که فروشنده در این شرایط می‌تواند سهم بیشتری در قیمت گذاری کالا داشته باشد، همچنین نیاز همیشگی خریدار به یک کالا نیز تضمین‌کننده فروش همیشگی یک کالا است. خدمات سلامت هر دوی این ویژگی‌ها را دارد یعنی هم نیاز به آن در جامعه هیچ‌گاه به صفر نمی‌رسد و هم اینکه ارائه‌دهنده‌ی خدمت از قبل می‌داند که علت اکثر مراجعات از سر اضطراب است. این اضطراب موجب می‌شود تا خواسته‌های ارایه‌دهنده خدمت را بدون معطلی اجابت کنند حتی اگر به قیمت فقیر شدن وی تمام شود.

■ عدم رقابت پذیری

رقابت در بازار زمانی معنا پیدا می‌کند تعداد زیادی تولیدکننده و مصرف‌کننده بر

در سایر حوزه‌ها
غیر از بهداشت
و درمان دریافت
کننده خدمات در
خصوص آن اطلاعات
حداقلی دارد و با
استفاده از همان
می‌تواند قضاوت
کند و از حقوق خود
دفاع کند اما در
بهداشت و درمان
این گونه نیست

فعالیت همزمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی درگفت وگو با رئیس سابق دانشگاه علوم پزشکی یزد؛ تمام وقتی؛ قانونی که مدیران ستادی هم اجرانمی کنند

گفت وگو
علی ذاکری نژاد



فعالیت همزمان و بدون برنامه پزشکان در بخش خصوصی و دولتی باعث مشکلات عدیده‌ای در نظام سلامت شده است که شاید به وجود آمدن فضای رقابتی برای کسب درآمد هر چه بیشتر از بیماران یکی از مهم‌ترین اثرات این مسئله است. در این بین سوءاستفاده افراد معدودی از فرصت فعالیت همزمان در بخش خصوصی و دولتی باعث شده است که قانون‌گذار به دنبال تدوین قانونی در این زمینه باشد، در برنامه چهارم و پنجم توسعه تصریح شده که اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور باید تمام وقت جغرافیایی باشند و حق فعالیت در بخش خصوصی را به هیچ عنوان ندارند اما این قانون اجرا نمی‌شود، برای بررسی این موضوع سراغ دکتر سید جلیل میرمحمدی میبیدی رئیس سابق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد رفتیم که در دوره مسئولیت خود به صورت داوطلبانه این قانون را اجرا کرد، وی معتقد است تا زمانی که خود نیروهای ستادی وزارت بهداشت همزمان در بخش خصوصی و دولتی فعالیت می‌کنند، این قانون اجراشدنی نیست.

چه ضرورتی وجود دارد که قانون تمام وقتی را اجرا کنیم؟

وقتی که عضو هیئت علمی فقط در بخش دولتی باشد و فعالیت‌های او متمرکز در این بخش قرار بگیرد، می‌تواند خدمات را کامل‌تر و با کیفیت‌تر ارائه کند، از طرف دیگر چون که در بخش دولتی فعالیت می‌کند، افراد محروم جامعه به علت تعرفه پایین‌تر نسبت به بخش خصوصی، بیشتر از خدمات او بهره‌مند می‌شوند. در حوزه آموزشی و پژوهشی هم چون عضو هیئت علمی تمام وقت در بخش دولتی هست، به‌طور متمرکزتر و جامع‌تر می‌تواند به این حوزه بپردازد، در حالی که اگر فرد تمام وقت جغرافیایی نباشد و وارد بخش خصوصی شود، انگیزه فرد صرفاً در کاردرمانی و درآمدی خواهد بود و جایگاهی برای آموزش و پژوهش ندارد.

مشکل اصلی همین جاست. چون که می‌گویند شرایط اجرایی برای این طرح وجود ندارد. نظر شما چیست؟

چگونه می‌شود که یک عضو هیئت علمی در وزارت علوم یا یک عضو هیئت علمی در رشته‌های علوم پایه تمام وقت است؟ مشکل ما اجرای این قانون برای پزشکان متخصص و فوق تخصص و در مراحل بعد برای دندان‌پزشکان و داروسازان است. چون که این افراد فرصت اشتغال در بخش خصوصی در بیرون از دانشگاه را دارند که شکاف درآمدی هم با بخش دولتی دارد. اگر که باور، اراده و خواسته تمام مسئولان علوم پزشکی بر اجرای این قانون باشد، این قانون اجرا می‌شود. وقتی که رئیس دانشکده و دانشگاه و مسئولان وزارت خانه، تمام وقت نباشند، امکان اجرای این قانون برای سایر افراد وجود ندارد.

این قانون برای اعضای غیر هیئت علمی چگونه است؟

در برنامه پنجم آمد که تمام کسانی (اعم از غیر هیئت علمی) که می‌خواهند به استخدام وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در بیایند باید تمام وقت جغرافیایی باشند. البته کماکان، مشکل عدم اجرا برای پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازان است و گر نه پرستاران و بخش اداری و... که تمام وقت هستند چون که فرصت فعالیت در بخش خصوصی را ندارند.

در بخشی از قانون به تمام وقتی کارکنان ستادی وزارت بهداشت و رفاه اشاره شده است. لزوم اینکه این قانون شامل این افراد هم بشود چیست؟

وقتی که خود مسئولین، این قانون را برای خودشان قبول نداشته باشند، نمی‌توانند برای دیگران آن را به اجرا در بیاورند. چون که اعضای هیئت علمی می‌گویند که اگر که این طرح مفید است پس چرا مسئولین آن را اجرا نمی‌کنند؟

به گفته مسئولین، این طرح بار مالی دارد. این هزینه چگونه تأمین می‌شود؟ آیا متناسب با این هزینه کرد، نتیجه می‌دهد؟

شاخص ما غلط است؛ یعنی هر وقت فاصله درآمدی بخش خصوصی و دولتی کم شود، این قانون اجرا می‌شود. چون که به ازای افزایش تعرفه دولتی، تعرفه بخش خصوصی هم بالا می‌رود و شکاف این دو بخش بیشتر می‌شود پس این شاخص برای اجرای این قانون منطقی نیست و با این شاخص قطعاً بار مالی زیادی برای این قانون تعریف می‌شود.

شما می‌گویید که شاخص مسئولین غلط است. به نظر شما چه شاخصی را قرار دهیم تا بتوانیم با توجه به آن، قانون تمام وقتی را اجرا کنیم؟

در حال حاضر مصوباتی که درباره قانون تمام وقتی وجود دارد به‌طور کامل قابلیت اجرایی دارد چون که ما در دانشگاه علوم پزشکی یزد با اعتبارات بسیار کمتر از اعتبارات فعلی توانستیم این قانون را اجرا کنیم. باید بتوانیم در حد متوسط رو به بالا، درآمد پزشکان هیئت علمی بخش دولتی را تأمین کنیم و باور و اعتقاد خودمان را برای اجرای این قانون تقویت کنیم. الان شرایط برای اجرای تمام وقتی نسبت به زمانی که در دانشگاه علوم پزشکی یزد این قانون اجرا شد، فراهم‌تر است چون که تعداد پزشکان متخصص و فوق تخصص که تمایل دارند به‌طور تمام وقت وارد بخش دولتی شوند، بیشتر از زمان گذشته است اما تا وقتی که سیاست‌گذاران این قانون را برای خود اجرا نکنند، برای اعضای هیئت علمی نیز اجرایی نمی‌شود. از طرفی اگر شاخص ما بخش خصوصی باشد، هیچ‌گاه با این وضعیت، بخش دولتی به بخش خصوصی نزدیک نمی‌شود چون که تصمیمات بخش خصوصی و دولتی در جاهای متفاوتی اتخاذ می‌شود و بخش خصوصی مکمل بخش دولتی است نه جای بخش دولتی. بیش از ۸۰ درصد خدمات بستری و تقریباً ۱۰۰ درصد خدمات پژوهشی و آموزشی، در بخش دولتی است که برای داشتن خدمات با کیفیت در این بخش، باید قانون تمام وقتی اجرا بشود. معضلی که در زمان ما وجود داشت این بود که اعضای هیئت علمی که قبلاً تمام وقت نبوده‌اند، همچنان غیر تمام وقت ماندند چون که طبق قانون نمی‌شود این افراد را الزام به تمام وقتی کرد ولی اعضای جدید هیئت علمی تمام وقت بودند.

عده‌ای می‌گویند که اگر اعضای هیئت علمی که تمام وقت نبوده‌اند را ملزم به پذیرش قانون تمام وقتی بکنیم، باعث شده که این افراد دانشگاه را ترک کنند و دانشگاه‌ها با افت علمی مواجه می‌شوند. نظر شما چیست؟

با توجه به تجربه خودم در اجرای ۷ سال قانون تمام وقتی، با اجرای این قانون هیچ کس از دانشگاه نمی‌رود. چون بخش دولتی جاذبه‌های زیادی دارد. پزشک از ارائه خدمت به قشر محروم لذت می‌برد که باید این موضوع را پررنگ کرد. ما یک مورد نداشتیم که به خاطر اجرای قانون تمام وقتی از دانشگاه علوم پزشکی یزد بروند.

از طرفی ارائه خدمت در بخش دولتی پایدار است در حالی که در بخش خصوصی این طور نیست چون که بخش خصوصی تا زمانی که نیاز باشد از پزشک استفاده می‌کند ولی بخش دولتی هم در طی زمان ارائه خدمت و هم پس از بازنشستگی از پزشک حمایت می‌کند.

همچنین در بخش دولتی بحث آموزش و پژوهش وجود دارد در حالی که بخش خصوصی فاقد این زمینه‌هاست. در دوره ما پزشکان بخش خصوصی تقاضا



❖ آیا اجرای این قانون در زمان ریاست شما در دانشگاه علوم پزشکی یزد، بار مالی داشت؟

❖ خبر. کسانی که می‌خواستند عضو هیئت علمی شوند را این گونه جذب کردیم که افرادی که بر اساس طرح نیروی انسانی، موظف به همکاری با دانشگاه بودند را به صورت تمام‌وقت جغرافیایی می‌پذیرفتیم. در طرح تمام‌وقتی، این اعضا علاوه بر حقوق هیئت علمی، کارانه ۲۰ هم دریافت کرده که یک‌کتاب را بیمه‌ها پرداخت می‌کردند و درآمد مناسبی داشتند. این افراد حدود ۴ سال در طرح نیروی انسانی ارائه خدمت می‌کردند و پس از آن تمایل داشتند که به صورت تمام‌وقت با بخش دولتی همکاری کنند.

❖ از کجا مطمئن می‌شدید که این افراد به صورت تمام‌وقت در بخش دولتی فعالیت می‌کنند و در واقع نحوه نظارت شما چگونه بود؟

❖ ما با بخش خصوصی جلسه گذاشتیم و از آن‌ها خواستیم که اعضای هیئت علمی ما در این بخش اجازه فعالیت نداشته باشند و از طرفی نظارت و بازرسی‌های جدی را نیز داشتیم.

❖ رضایت پزشکان از اجرای این قانون چطور بود؟

❖ خیلی راضی بودند. عضو هیئت علمی تمایل داشت که تمام‌وقت به دانشگاه بیاید و پس از آمدن به بخش دولتی، بعضی‌ها در مقایسه با درآمد بخش خصوصی احساس رضایت نداشتند؛ اما تعداد زیادی از آن‌ها از فعالیت در بخش دولتی راضی بودند. حتی افرادی داشتیم که از بخش خصوصی به صورت تمام‌وقت به بخش دولتی می‌آمدند.

جالب اینجاست که در زمان ما که درآمد بخش دولتی کمتر از الان بود، اعضای تمام‌وقت تمایل به رفتن به بخش خصوصی نداشتند اما در حال حاضر با وجود اینکه درآمد بخش دولتی چندین برابر شده است، افراد تمام‌وقت تمایل دارند که به بخش خصوصی بروند که این موضوع نشان‌دهنده این است که شکاف درآمدی بخش خصوصی و دولتی بیشتر شده است.

❖ یعنی به نظر شما، این شکاف درآمدی بین بخش خصوصی و دولتی هم یکی از معضلات در اجرای این طرح است؟

❖ بله. اگر ما بتوانیم روند فاجعه‌بار افزایش درآمد در بخش خصوصی را کنترل کنیم، قطعاً به اجرای این طرح کمک می‌کند اما این موضوع هم به خواست و اراده مسئولین وابسته است. ما در آن زمان دستگاه MRI را با تعرفه دولتی به عضو هیئت علمی واگذار کردیم به گونه‌ای که خرید دستگاه، هزینه‌های جانبی و تأمین نیروی انسانی را نیز به همان فرد واگذار شد و مافوق فضای لازم و مجوز را در اختیار او قرار دادیم. الان ۳ سال است که با تعرفه دولتی ارائه خدمت می‌کند و مردم هم راضی هستند.

❖ آیا الان تعرفه‌های دولتی از نظر اقتصادی برای پزشکان به صرفه است؟

❖ کاملاً به صرفه است و تأمین‌کننده زندگی متوسط به بالا است. متأسفانه آن قدر افزایش تعرفه در سیستم خصوصی افسار گسیخته و بدون نظارت است که قابل مقایسه با بخش دولتی نیست.

داشتند که به عنوان هیئت علمی تمام‌وقت پذیرفته شوند و در بخش دولتی فعالیت کنند. ما با تشکیل کلینیک‌های ویژه آن‌ها را پذیرفتیم و درآمد معقولی نیز در فعالیت در این کلینیک‌ها به دست می‌آمد. نباید ارائه خدمات در دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور را تک‌نسخه‌ای ببینیم چون که شرایط استان‌های مختلف باهم تفاوت دارد. به عنوان مثال تعداد متخصصان مغز و اعصاب شاغل در یک خیابان تهران ۵ برابر تعداد کل متخصصان مغز و اعصاب در یکی از استان‌هاست. بنابراین باید با توجه به شرایط هر استان، قانون تمام‌وقتی را متناسب با شرایط همان استان اجرا کنیم.

❖ شاخص شما در انتخاب شرایط چیست؟

❖ میزان بهره‌مندی استان‌ها با توجه به شاخص‌هایی مثل تعداد دانشگاه علوم پزشکی، تعداد بیمارستان، تعداد رشته‌های تخصصی، جمعیت و ... از جمله شاخص‌های ما است. یکی از شاخص‌های بسیار مهم هم میزان محرومیت استان است چون که بسیاری از پزشکان به دلیل مشکلات زندگی در این مناطق، حاضر به رفتن به آنجا و ارائه خدمت نیستند. به نظر من در استان‌های بهره‌مند باید قانون تمام‌وقتی را برای تمام پزشکان اعم از آن‌هایی که قبلاً عضو هیئت علمی نبوده‌اند یا نه، اجرا کرد، بعضی استان‌ها فقط برای اعضای هیئت علمی جدید می‌تواند قانون را اجرا کند. مناطق محروم نیز می‌توانند اعضای هیئت علمی را غیر تمام‌وقت بپذیرند چون که فرصت فعالیت در بخش خصوصی در این مناطق وجود ندارد. در دوره دکتر لنگرانی مطرح شد که برای مناطق محروم از بدو شروع تخصص، ویژه همان منطقه پذیرش افراد صورت بگیرد یعنی سهمیه جدا داشته باشد. هم‌اکنون نیز در وزارت بهداشت این بحث مطرح است که باید تضمینی برای ماندگاری این افراد در مناطق محروم به صورت طولانی مدت وجود داشته باشد.

❖ همان‌طور که میدانید، حدود ۸۰ درصد درمان‌های سرپایی در بخش خصوصی انجام می‌شود. آیا بخش دولتی ظرفیت این را دارد که با اجرای تمام‌وقتی بتواند کارکنان بخش خصوصی را جذب کند و در بخش دولتی از آن‌ها استفاده کند؟

❖ همان‌طور که گفتیم این قانون تک‌نسخه‌ای نیست. مثلاً تهران از همین الان توانمندی ارائه خدمت در سیستم دولتی برای تمام‌وقتی جغرافیایی را دارد. به عنوان مثال الان کلینیک ویژه خاتم‌الانبیا در استان یزد روزانه ۲۵۰۰ الی ۳۰۰۰ نفر را با ویزیت ۴ هزار تومان پذیرش می‌کند. ما این قانون را زمانی اجرا کردیم که تعیین تعرفه بخش خصوصی دست‌سازمان نظام پزشکی بود و اختلاف دولتی و خصوصی زیاد بود یعنی که این کار نیاز به خواست و اراده مسئولین دارد.

❖ یعنی تعرفه بخش خصوصی با اجرای این قانون ارتباطی ندارد؟

❖ خبر. اراده و باور می‌تواند کار را به انجام برساند.

❖ آیا داشتن اراده، راه‌حل پایدار محسوب می‌شود؟

ببینید الان ۴۵۰۰ میلیارد تومان به دانشگاه‌ها تزریق شده ولی آیا تأثیر قابل توجهی در آموزش و ارائه خدمت داشته است؟ اما قانون تمام‌وقتی ۱۲۰ میلیارد تومان بار مالی دارد و اجرا نمی‌شود. مشکل اصلی عدم اراده و خواست مسئولین است و گر نه قانون همیشه وجود دارد.

امکان فساد در برزخ قانونی

گزارش
علی احمدی

◆ آنچه قانون می‌گوید

قانون برنامه پنجم توسعه ماده ۳۲. بند ج. تبصره ۲. تصریح می‌کند که «پزشکانی که در استخدام پیمانی و یار سومی مراکز آموزشی، درمانی دولتی و عمومی غیر دولتی می‌باشند مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه نیستند. سایر شاغلین حرف سلامت به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیئت وزیران مشمول حکم این تبصره خواهند بود. دولت به منظور جبران خدمات این دسته از پزشکان تعرفه خدمات درمانی را در این گونه واحدها و مراکز، متناسب با قیمت واقعی تعیین می‌نماید.»

این قانون ادامه می‌دهد: «پزشکان در صورت مأموریت به بخش غیر دولتی از شمول این حکم مستثنا می‌باشند مشروط به اینکه تنها از یک محل به میزان بخش دولتی و بدون هیچ دریافتی دیگر، حقوق و مزایا دریافت نمایند. کارکنان ستادی وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های وابسته، هیئت رئیسه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، رؤسای بیمارستان‌ها و شبکه‌های بهداشتی درمانی مجاز به فعالیت در بخش غیر دولتی درمانی، تشخیصی و آموزشی نیستند و هرگونه پرداخت از این بابت به آن‌ها ممنوع است. مسئولیت اجرای این بند به عهده وزرای وزارتخانه‌های مذکور و معاونین مربوطه آن‌ها و مسئولین مالی دستگاه‌های مذکور است.»

◆ منافع بخش خصوصی

الف) یکی از منافع که از کار کردن پزشکان در بخش خصوصی می‌توان انتظار داشت درآمد بیشتر است. درآمد بیشتر این بخش‌ها، حاصل بالاتر بودن تعرفه‌ها و قیمت خدمات آن است که البته چگونگی تعیین تعرفه‌های نجومی آن نیز خود جای بحث دارد.

ب) نفع دیگری که می‌تواند عاید اعضای آن گردد سهامداری است. سهامداری یا داشتن سهام در بخش خصوصی بدین معنی است که بخش خصوصی موظف می‌گردد، سود و زیان حاصل از سرمایه‌گذاری خود را بین افراد سهامدار تقسیم کند. در این صورت سود بخش خصوصی برابر می‌شود با سود فرد سهامدار و زیان آن نیز همان زیان فرد سهامدار است. به همین خاطر گرچه ممکن است سهامدار به عنوان یک فرد فعال و خدمتگزار در بخش خصوصی مشغول فعالیت نباشد ولی سرنوشت این دو در هم گره خورده و حمایت فرد سهامدار از بخش خصوصی در واقع همان حمایت از سرمایه خود است.

◆ منافع بخش دولتی

عضویت در بخش دولتی به خصوص مراکز آموزشی، پژوهشی نیز دارای مزیت‌هایی است که در بخش‌های خصوصی قابل دستیابی نیست و از جمله آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

الف) حضور در بیمارستان دولتی و عضویت در هیئت علمی آن اعتباری است برای پزشکان. این اعتبار می‌تواند در شناخته شدن هر چه بیشتر، استخدام شدن در مراکز مختلف، مراجعه بیشتر بیماران برای مداوا و مواردی دیگر از این دست مفید باشد. ب) اعتبار و بودجه تحقیقاتی بیمارستان‌های دولتی فرصتی است برای گرفتن بورس‌های تحقیقاتی و ارتباط با مراکز علمی سایر مناطق دنیا. برقراری ارتباط علمی با جامعه پزشکی داخل و خارج کشور زمینه بسیار خوبی برای ارتقای علمی و آشنا شدن با شیوه‌ها و روش‌های نوین در علم پزشکی است.

ج) مجاز بودن به انجام آزمایش‌های پزشکی و کارهای علمی - تحقیقاتی به خاطر ماهیت آموزشی پژوهشی مراکز دولتی. انجام کارهای تحقیقاتی به خاطر زودبازده نبودن،



در استرالیا، انگلستان، ایرلند، ایتالیا و آلمان به منظور حضور در بخش های دولتی این رویکرد اتخاذ گردیده. مثلاً در ایتالیا ۶ تا ۱۲ درصد تخت های بیمارستان های دولتی به بخش خصوصی اختصاص دارد؛ و یا در استرالیا بخش های خصوصی جداگانه داخل بیمارستان های دولتی وجود دارد.

۶- خودگردانی:

در کشور های با درآمد بالا که تنظیم کادر پزشکی به عهده سازمان های حرفه ای است با آموزش فرهنگ و اخلاق حرفه ای از ایجاد رفتار ها و شیوه های نامطلوب جلوگیری به عمل می آید.

به طور کلی می توان مکانیسم ها و رویکردهای نظارتی برای اشتغال همزمان در بخش دولتی و خصوصی را به ۳ دسته تقسیم نمود.

الف) ممنوعیت (Total Banning): در کشور هایی که ظرفیت اجرایی قدرتمند دارند و منابع مورد نیاز برای اجرای ممنوعیت کامل دوشغلی با منافع کشور همراستا باشد به کار گرفته شده و نتایج خوبی هم داشته است.

ب) محدودیت (Financial and Sensure Restrictions): این روش در کشور هایی موفقیت آمیز بوده که از سیستم های مالی و نظارتی قوی برای تأمین مالی بخش دولتی و نظارت کامل بر فعالیت کارکنان بهداشتی، برخوردار بوده اند.

ج) مقبولیت (Without Restriction): اغلب در کشور های با درآمد پایین مانند مصر، بنگلادش و جنوب آفریقا اجرا گردیده و علت آن نیز کمبود منابع انسانی، ضعف سیستم مالی و بالا بودن بار بیماری ها در آن کشور ها است.

در کشور آلمان همه پزشکان باید به صورت تمام وقت طبابت کنند و حق حضور همزمان در دو بخش را ندارند به جز روسای بخش های بیمارستان های دولتی که همزمان مجاز به فعالیت در بخش خصوصی و مطب شخصی هستند.

به عبارت دیگر مادامی که پزشک، بخش دولتی را به صورت کارآمد مدیریت کند اجازه فعالیت در بخش خصوصی را خواهد داشت. در نتیجه منفعت پزشک بیشتر در کارآمدی بخش دولتی است نه فعالیت در بخش خصوصی. ضمناً در برخی موارد مدیریت بخش های بیمارستان های دولتی طی قراردادی به پزشکان بخش خصوصی سپرده می شود تا از توانمندی مدیریتی آن ها در کارآمدی بخش دولتی استفاده شود.

مهم ترین زیرساخت اجرای قانون تمام وقتی شفافیت اطلاعات است. در کشور ما اگر چه در سال های اخیر برخی پزشکان به صورت تمام وقت در بخش دولتی استخدام شده اند، اما ساز و کار مشخصی برای جلوگیری از فعالیت آن ها در سایر بخش ها وجود ندارد. در کشور آلمان با اختصاص دادن شماره های منحصر به فرد به پزشکان، مطب های شخصی و مراکز ارائه خدمات درمانی، فعالیت تمامی پزشکان رصد می شود. هر پزشک دارای یک شماره منحصر به فرد در تمام طول عمر خود است که در صورت ارائه خدمت و یا تجویز دارو، روی تمامی اسناد و نسخ ثبت می شود. همچنین تمامی مطب های شخصی و مراکز ارائه خدمات درمانی مانند بیمارستان و کلینیک دارای کد شناسایی بوده که بر روی تمامی اسناد بیمار ثبت می شود. از آنجایی که پزشکان تمام وقت هستند، شماره هر پزشک تنها با کد شناسایی محل مجاز به ارائه خدمت تطابق دارد. در صورت مغایرت این دو، اسناد پزشکی و نسخ تجویز شده فاقد اعتبار بوده و پرداختی از طرف بیمه ها به بیمارستان و یا پزشک صورت نمی گیرد. همچنین خدماتی که برای بیمار تجویز شده شامل پوشش بیمه نمی شود.

references:

- Kiwanuka SN, Kinengyere AA, Rutebemberwa E, Nalwadda C, Sengooba F, Olico-Okui, Pariyo GW (2011) Dual practice regulatory mechanisms in the health sector: a systematic review of approaches and implementation. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A (2004a). Dual practice in the health sector: review of the evidence. Human Resources for Health Understanding the German Health Care System, Konrad Obermann, Peter Müller, Hans-Heiko Müller, Burkhard Schmidt, Bernd Glazinski, Mannheim Institute of Public Health (MIPH) Heidelberg University (2012)

نبود دانشجوی و انتظارات متفاوت بیماران در مراکز خصوصی جایگاهی ندارد. همچنین اشتباه کردن و خطای پزشکی آن گونه که در مراکز آموزشی پژوهشی پذیرفته شده است در مراکز خصوصی ممکن است حتی به از دست دادن شغل نیز منجر گردد.

◆ دلیل فعالیت همزمان در بخش دولتی و خصوصی

با توجه به موارد مذکور می توان حدس زد که در شرایط فعلی بعضی افراد بخواهند همزمان از امتیازات موجود در این دو نهاد استفاده کنند؛ بنابراین زمینه انجام فساد باید با وضع قوانینی برپیده شود چرا که فساد در حوزه سلامت برای مردم بسیار گران تمام می شود، هر چند عده قلیلی دچار آن باشند.

مسلماً با اجرای قانون تمام وقتی، متخصصینی که قصد عضویت در هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی دارند از قشر نخبگان جامعه و کسانی خواهند بود که قصد ادامه کار های آموزشی، پژوهشی و تحقیقاتی دارند و از این منظر کیفیت آموزشی و پژوهشی رشد خواهد کرد. از طرفی با کنار کشیدن رؤسا از بخش خصوصی، فرصت بیشتری برای ارتقای محیط دانشگاه ها و بیمارستان ها و رقابت پذیری به وجود می آید.

◆ کشورهای جهان چه می کنند؟

در بسیاری کشور ها بخش های خصوصی نقش به سزایی در ارائه خدمات درمانی دارند. نقشی در محدوده ۱۴ درصد در تایلند تا ۷۰ درصد در زیمبابوه. انگیزه اصلی کارکنان بهداشتی برای فعالیت در بخش های خصوصی و روی آوردن آن ها به چنین مراکزی اغلب برای درآمدزایی بوده است (منظور از کارکنان بهداشتی افرادی است که به طور مستقیم در درمان بیمار دخیل هستند). و انمود کردن به عدم وجود مشکل در دوشغله بودن کارکنان بهداشتی، یا نسبت دادن آن به اخلاقیات فردی و یا گذاشتن فرض بر نبود فساد در چنین رویکردی نه تنها مشکلی را حل نمی کند بلکه ایجاد عدالت در سلامت را ناممکن می سازد. همچنین کم کردن فاصله درآمدی با رساندن حقوق بخش دولتی به درآمد بخش خصوصی برای از بین بردن این سیکل معیوب راه حل جامعی نیست.

دوشغله بودن در بین کارکنان بهداشتی دارای تأثیرات منفی به قرار زیر است:

- ۱- ایجاد تقاضا برای خدمات بخش خصوصی با تجویز بیش از حد مصارف درمانی (predatory behavior)
- ۲- کاهش کیفیت خدمات دولتی برای جذب مشتری به مراکز خصوصی (conflict of interest)
- ۳- کاهش انگیزه برای کار کردن در بخش دولتی (brain drain)
- ۴- کاهش فرصت حضور در بخش دولتی و رقابت برای حضور در بخش خصوصی (limits to access)
- ۵- افت کارآمدی و بهره وری در بخش دولتی و ضرر ده شدن این بخش رویکردهایی که دولت برای رسیدگی به این موضوع به کار گرفته اند به قرار زیر است:

۱- ممنوعیت کامل

در کشور های کانادا، چین، هند، اندونزی، کنیا، زامبیا و یونان ممنوعیت کامل دوشغلی در سیاست ها اتخاذ شده است. در سایر کشور ها هم ممنوعیت در جات مختلفی در حال اجراست.

۲- محدودیت درآمد در بخش خصوصی

در دو کشور انگلیس و فرانسه متخصصان در صورت اشتغال تمام وقت در NHS فقط اجازه کسب درآمد تا سقف ۱۰ درصد از حقوق دولتی خود را در بخش خصوصی دارند.

۳- ارائه مشوق برای خدمات عمومی منحصر به فرد

در کشور های هند، ایتالیا، پرغال، اسپانیا و تایلند علاوه بر مکمل های حقوقی و دستمزدی، قراردادهایی برای افزایش حقوق پایه در ازای حضور بیشتر در بخش دولتی منعقد می گردد.

۴- افزایش حقوق:

در نروژ و بنگلادش از سیاست افزایش حقوق رقابتی نسبت به درآمد بخش خصوصی استفاده می گردد.

۵- اجازه کار خصوصی در بخش دولتی:

۶ روش پرداخت در نظام سلامت

گزارش

حسن شرقی

یکی از موضوعات اصلی و محل مناقشه در نظام سلامت و به‌ویژه با توجه به اجرای طرح تحول، موضوع درآمد پزشکان و تیم درمانی است. جدا از بحث میزان پرداختی، روش تعیین این پرداخت مالی به تیم درمانی حائز اهمیت است. روش‌های پرداخت در نظام سلامت از عوامل تأثیرگذار در رفتار ارائه‌کنندگان خدمات و بالطبع کیفیت خدمات هست. کشورهای مختلف از روش‌های پرداخت متفاوتی در نظام سلامت خود بهره می‌برند. هر کدام از روش‌های پرداخت مزایا و معایبی دارد. در ادامه انواع روش پرداخت به‌صورت خلاصه به بحث گذاشته می‌شود.

کارانه (Fee for service)

در روش پرداخت به ازای خدمت، بر اساس تعداد خدمات ارائه شده به بیماران (ویزیت، جراحی، آزمایش، رادیولوژی و...) پرداخت انجام می‌گیرد. این مدل از رایج‌ترین روش‌های پرداخت است و نسبت به سایر نظام‌های پرداخت به‌بازار آزاد شباهت بیشتری دارد. از مزایای این روش، تشویق انجام خدمات با تعرفه مناسب است اما تأکید بیش از حد بر این روش، می‌تواند آثار زیر را به بار آورد: کم‌رنگ شدن پیشگیری، کاهش کیفیت و زمان ارائه خدمت و افزایش کمیت خدمات، تمایل به سمت خدمات با تعرفه بالا و فن‌آوری پیچیده‌تر و درمان القایی (ارائه خدمت غیر ضروری به بیمار). همچنین فاصله‌ها را در دسترسی افزایش می‌دهد؛ چون خدمات گران‌تر و بالطبع با درآمد بالاتر در مراکز بزرگ‌تر قابل وصول هستند و متخصصین برای درآمد بیشتر تمایل دارند هر چه سریع‌تر مناطق دورافتاده را ترک کنند و به مراکز بزرگ‌تر بیایند. لازم به ذکر است شایع‌ترین روش پرداخت در ایران سیستم کارانه است.

حقوق ثابت Salary payment

بنای این روش پرداخت بر پایه زمان است. در این روش مبلغ پرداختی بر اساس دوره زمانی (هفتگی یا ماهانه) و صرف‌نظر از تعداد بیماران ویزیت شده، حجم خدمات یا هزینه خدمات ارائه شده صورت می‌پذیرد. عمده انتقاد به این روش فقدان اثر انگیزشی آن برای ارائه‌کنندگان خدمات است. چون بین افراد پرتلاش و کم‌تلاش در دریافت حقوق تفاوت معناداری وجود ندارد. سایر آثار این روش عبارت‌اند از: انجام کار به میزان بسیار محدود توسط درمانگران، کمیت و کیفیت پایین خدمات، طولانی شدن زمان ویزیت برای هر بیمار

سرايه Capitation

در این روش به ازای تعداد افراد تحت پوشش سرانه پرداخت می‌شود. مثلاً به ازای هر نفر تحت پوشش پزشک خانواده به وی پرداخت ثابتی انجام می‌گردد. در قبال این پرداخت وی موظف به ارائه خدمات پیشگیری - درمانی و توان بخشی بر اساس بسته خدمتی مورد توافق است و چون معمولاً هزینه‌های

درمان برای خود ارائه‌کننده خدمت نیز بالاتر است توجه وی به پیشگیری نیز بیشتر خواهد بود. این روش معمولاً با کاهش هزینه در کل همراه است. در حالی که از دریافتی ارائه‌کننده خدمت نیز کاسته نمی‌شود بلکه حتی ممکن است پرداخت به‌وی افزایش یابد. از آثار این روش می‌توان موارد زیر را نام برد: ایجاد انگیزه برای ارائه خدمات پیشگیری، زمینه‌سازی برای نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات، حذف انگیزه اقتصادی برای ارائه بیش از حد خدمات و ایجاد انگیزه برای خدمات هزینه‌آفرین، با توجه به تجمع بیماران و افراد سالم و ارائه سرانه ثابت برای همه آن‌ها نوعی تجمع ریسک رخ می‌دهد. همچنین ممکن است کیفیت خدمات افت نماید. برای جلوگیری از این امر می‌توان این امکان را قرارداد که بیمار بتواند هر ۳ ماه پزشک خانواده خود را عوض کند. روش پرداخت سرانه برای طرح پزشک خانواده در ایران در نظر گرفته شده است.

روش پرداخت پاداش Bonus payment

به‌منظور ایجاد انگیزه جهت نیل به اهداف خاص می‌توان در نظام پرداخت پاداش استفاده نمود. این شیوه پرداخت به‌تنهایی کار برد محدودی داشته و معمولاً در کنار سایر روش‌های پرداخت به‌عنوان یک روش مکمل و یا تشویقی به کار می‌رود. این روش در کنار روش پرداخت حقوق و نیز روش پرداخت کارانه یا سرانه ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. روش پرداخت توأم حقوق و پاداش به نام (Salary plus bonus payment system) و یا نظام مبتنی بر عملکرد، Pay for Performance نامیده می‌شود.

پرداخت بر اساس مدت اقامت (پرداخت روزانه)

در این روش به ازای هر روز اقامت بیمار در بیمارستان پرداخت ثابتی به ارائه‌کنندگان خدمات انجام می‌شود. این روش منحصر آفرای بیماران بستری قابلیت استفاده دارد و آثار زیر را در نظام سلامت می‌تواند ایجاد کند: افزایش تعداد بیماران بستری، کاهش هزینه‌های هر روز بستری، چون پرداخت به ازای تعداد روز بستری است، مؤسسه سعی خواهد کرد هزینه‌ها را کاهش دهد تا سود بیشتری به دست آورد. همچنین طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان و امکان بستری غیر ضروری بیشتر می‌شود. اثر دیگر این است که مراقبت‌های سریایی کاهش می‌یابد و تمایل برای بستری کردن بیماران بیشتر می‌شود و کیفیت خدمات بستری ممکن است کاهش یابد.

پرداخت به ازای بیمار یا نظام پرداخت موردی Case payment

این روش نیز نظیر روش قبل بیشتر برای بیماران بستری قابل استفاده است. در این روش به ازای هر بیمار بستری در بیمارستان بسته به بیماری‌اش صرف‌نظر از مدت اقامت و یا تنوع خدمات دریافتی، هزینه ثابتی به ارائه‌کنندگان خدمات پرداخت می‌گردد. مدل ارتقاء یافته آن DRG (گروه‌های وابسته تشخیصی یا Diagnose related group) نام دارد. نوعی از این روش که در ایران برای ۹۰ عمل جراحی شایع استفاده می‌شود به گلوبال یا سر جمع موسوم است. آثار این روش شامل موارد زیر است:

- ۱- تعداد بیماران بستری نظیر روش قبل افزایش می‌یابد.
- ۲- هزینه‌های هر روز بستری نظیر روش قبل کاهش می‌یابند.
- ۳- برخلاف روش قبل در این روش تمایل برای کاهش مدت زمان بستری وجود دارد چون اساس پرداخت بر اساس تشخیص است نه طول مدت بستری.

تجربه جهانی

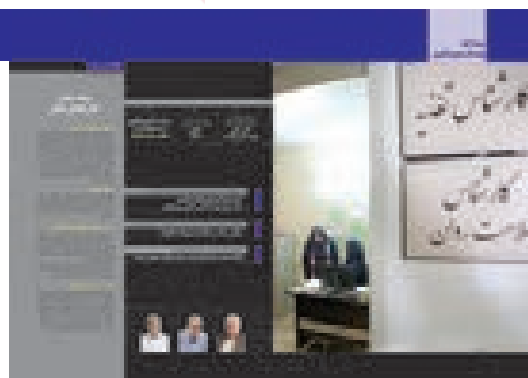


DRGs در آلمان

در آلمان پرداخت بیمه‌ها به بیمارستان از سال ۲۰۰۴ صرفاً بر اساس روش DRG صورت می‌گیرد. در این روش هزینه قابل پرداخت به سن، جنس، نوع بیماری، فرآیند درمان و زمان ترخیص بیمار از بیمارستان بستگی دارد. بدین صورت که با ورود بیمار به بیمارستان و تشخیص بیماری، یک کد تشخیص (ICD) به او تعلق می‌گیرد. طبیعتاً فرایند درمان و تمامی مداخلات بر اساس تشخیص و راهنماهای بالینی باید صورت گیرد. لذا بسته به روش که اجرا می‌شود یک کد درمانی (OPS) برای بیمار ثبت می‌شود. این کدها به همراه سن و جنس بیمار توسط نرم‌افزار گروه ساز تجزیه و تحلیل شده و در نهایت در یک کد DRG خلاصه می‌شود. هر کد DRG نمایانگر یک ارزش نسبی بدون واحد بوده که با ضرب کردن این عدد در نرخ پایه به یورو، مبلغ قابل پرداخت محاسبه می‌شود.

اشکالات ساختاری نظام سلامت

◆ انسان سالم از لحاظ جسمی و روحی محور هر جامعه است، از این جهت هر دولتی در هر کشوری وظیفه خود می‌داند که سلامت شهروندان خودش را حفظ کند، از این جهت حتی سازمان ملل متحد در قالب یک آژانس تخصصی یعنی سازمان بهداشت جهانی، برای حفظ سلامت انسان‌ها تلاش می‌کند، این اهمیت باعث شده است که حوزه سلامت مکاتب و تئوری‌های مختلفی را در طول تاریخ مدنیت به خود ببیند، برخی از این مکاتب امروزه به بلوغ بیشتری رسیده‌اند و محور سیاست‌گذاری کشورها قرار گرفته‌اند، از این لحاظ برخی از کشورها زودتر برخی مشکلات ذاتی این حوزه را حل کرده‌اند و برخی در مسیر حل این مشکلات هستند، سوالات اساسی از این قبیل که منابع مالی سلامت از چه طریقی تأمین شود؟ سهم خود مردم و دولت از هزینه‌های سلامت چقدر باشد؟ چگونه می‌توان خطر سودمحوری را از سلامت با بازار ۶۵۰۰ میلیارد دلاری جهانی آن برطرف کرد؟ بازاری که از بازار تجارت اسلحه و نفت هم گردش مالی بیشتری دارد. در کشور ما سلامت گردش مالی نزدیک به ۱۰۰ هزار میلیارد تومان دارد و سهمش از تولید ناخالص داخلی نیز پایین و حدود ۷ درصد است یعنی در رتبه ۸۸ام جهانی قرار داریم اما مشکل اصلی سلامت صرفاً کم بودن بودجه سلامت در کشورمان نیست، بلکه نبود سیاست واحد، عدم تفکیک وظایف حاکمیتی و تصدی‌گری و ناکارآمدی متولی این حوزه در ایفای نقش تولید است. نبود سیاست واحد سبب شده که روزی متولی سلامت نام بهداری را داشته باشد و روزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزیری سیاست بهداشت را در پیش بگیرد و وزیر دیگر درمان محور باشد، اما در ابتدای سال ۹۳ سیاست کلی سلامت ابلاغ شد و دیگر بهانه‌ای برای جهت‌گیری‌های مختلف در حوزه سلامت نیست حال تحقق این سیاست‌ها نیاز به سازوکار اجرایی دارد که متأسفانه اراده‌ای از سوی نه وزارت بهداشت و نه دولت دیده نمی‌شود، به جای آن بودجه محوری حل المسائل حوزه سلامت شده است، ساختار ناکارآمدی که لایمناز کی از ذی‌نفعان برای سلامت مردم تصمیم می‌گیرند و همه چیز از زاویه سود و درمان محوری نگریسته می‌شود.

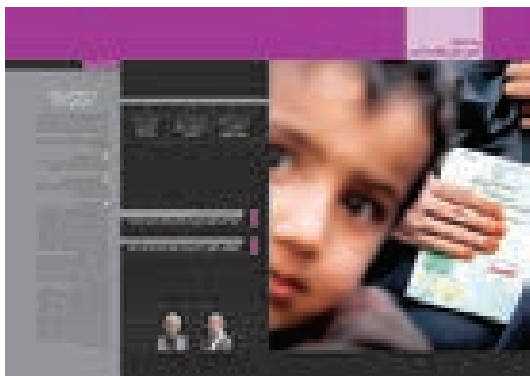


تحول یا سیاست افزایشی؟

◆ به واسطه طرح تحول نظام سلامت دولت به حوزه سلامت توجه چشمگیری کرد اما از همان ابتدا قابل حدس بود که این طرح تحول ساختاری در نظام سلامت ایجاد نکرد، به اعتقاد برخی کارشناسان این طرح در واقع یک سیاست افزایشی بود که در کوتاه‌مدت برخی مشکلات را حل و رضایت بسیاری از ذی‌نفعان همچون مردم، پزشکان و سایر اعضای تیم درمانی را تأمین می‌کند اما در درازمدت و با ناپایداری منابع مالی منجر به نارضایتی عمیق این قشرها می‌شود. طرح تحول با اینکه در حال حاضر طبق آمار خود وزارت بهداشت، موجب کاهش پرداخت از جیب مردم و افزایش دسترسی شده است اما چند ایراد اساسی دارد. ۱- جهت‌گیری نامناسب ۲- منابع مالی ناپایدار، این دو ایراد سبب شده است که بازگران اصلی سلامت به خوبی با این طرح همراهی نکنند و حتی برخی از اساس این طرح را اشتباه بدانند و بگویند که این طرح بیشتر در راستای منافع پزشکان است. علت این برداشت، اقدام ناگهانی وزارت بهداشت در برخورد با زیرمیزی و به تبع آن افزایش تعرفه‌های خدمات درمانی، آن هم نه یک بار بلکه چندین مرحله، است. هر چند دو موضوع اختصاص بودجه و اصلاح تعرفه‌ها اقدام مناسبی است اما این دو به ریختن پول در چاه درمان و افزایش تعرفه‌ها تبدیل شد، آن هم تنها در بخش دولتی، در حالی که بایستی قیمت تمام‌شده خدمات سلامت ابتدا تعیین و بر اساس آن شکاف بین تعرفه‌های دولتی و خصوصی پر می‌شد، نه این که در یک رقابت بی‌انتها هم تعرفه‌های دولتی و هم خصوصی افزایش پیدا کند. عدم همراهی بازگران سلامت، عدم تطبیق این طرح با سیاست‌های کلی سلامت و ناکارآمدی نظام بیمه‌ای سبب افزایش نارضایتی اقشار مختلف شده است، به نحوی که وزارت بهداشت نیز به جای تولید باید درگیر حواشی این اعتراضات باشد.

تنها راه حل؛ نظام ارجاع و اصلاح نگرش

◆ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در عنوان خود سه مسئولیت اساسی دارد که متأسفانه نگاه درمان محوری بر سه مسئله دیگر غالب شده است، در حالی که پیشگیری از بیماری‌ها از لحاظ اجتماعی، سیاست‌گذاری و اقتصادی مزیت‌های بسیاری دارد. غلبه درمان بر پیشگیری و بهداشت سبب شده است که حتی در آموزش پزشکی مان هم در مانگر تربیت کنیم نه یک پیشگیری‌کننده و تجهیزات پزشکی جای خدمات بالینی را بگیرد، در حالی که به ازای صرف هزار تومان در پیشگیری، صرفه جویی ۷ الی ده هزار تومانی برای حاکمیت ایجاد می‌شود، ابزارهای رسیدن به این مسئله یکی تحقق تولید وزارت بهداشت است که سایر دستگاه‌ها از راه و شهرسازی تا صنعت را برای حفظ سلامت مردم به خط کند، قطعاً کاهش تصادفات جاده‌ای، اصلاح تغذیه و الگوهای رفتاری نقش زیادی در کاهش بیماری‌ها و هزینه‌های بعدی آن دارد، ابزار دوم تحقق ساختار نظام ارجاع و پررنگ کردن نقش پزشکان عمومی است، نظامی که همواره سلامت مردم را رصد می‌کند و اجازه نمی‌دهد به مرحله بیماری و درمان برسد. این مسئله زیرساخت‌هایی را نیز می‌طلبد، برای تحقق این راه‌حل‌ها طرح سیاست‌گذاری مناسب بسیار کم‌فروغ و بی‌اثر شده است، در حالی که با توجه به افزایش بودجه بی‌سابقه حوزه سلامت و اصلاح برنامه طرح پزشک خانواده، می‌توانستیم از بسیاری هزینه‌های گزاف دیگر پیشگیری کنیم. با این حال طرح مشابه دیگری در دولت یازدهم با عنوان مراقبین سلامت در حال اجراست که تا حدودی خدمات بهداشتی را در مناطق حاشیه شهرها و محروم ارائه می‌دهد، به هر حال چه پزشک خانواده و چه مراقبین سلامت باید همان هدف اصلی یعنی استقرار نظام ارجاع و پیشگیری از بیماری را محقق کند نه این که در هر دولتی سروشکل آن عوض شود.



جایگاه بیمه؛ خریدار آگاه و وکیل مردم

◆◆ سلامت یکی از وظایف حاکمیتی است، اما از آنجایی که هزینه‌های این حوزه‌ها بسیار بالاست، تأمین مالی به‌عنوان یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت شناخته می‌شود، یعنی جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع ریسک و خرید خدمت.

دنیا این تأمین منابع مالی را به روش‌های مختلفی انجام می‌دهد، ولی نکته اساسی این است که برای رسیدن به هر یک از این روش‌ها سال‌ها آزمون و خطا و مطالعه انجام شده است و کشور ما نیز برای رسیدن به یک نظام تأمین مالی مناسب نیاز به زمان دارد.

در دنیا پنج روش ۱- طب ملی ۲- صندوق واحد بیمه ۳- بیمه‌های اجتماعی ۴- حساب شخصی سلامت ۵- بازار آزاد وجود دارد که در کشورمان دقیقاً هیچ کدام یک از این‌ها نیست، دولت، بیمه و مردم سه ضلع پرداخت هزینه‌ها در نظام سلامت هستند.

دولت بنا به بودجه سالانه‌اش هر ساله مقدار متغیری منابع مالی اختصاص می‌دهد، نظام بیمه نیز شاهد وجود صندوق‌های متعدد بیمه‌ای است که هر یک افراد خاصی را تحت پوشش قرار می‌دهند و استانداردی برای ارائه خدمات پایه نیست. همچنین بیمه‌ها تنها در حکم عابر بانک برای پرداخت هزینه‌ها دارند نه مدیریت آن، بنابراین همواره مردم هزینه سلامت را از جیب خود پرداخت می‌کنند.

اقدام اساسی برای حل این معضل ابتدا تفکیک ارائه‌دهنده خدمت و خریدار خدمت است و سپس تجمیع منابع مالی نظام سلامت و صندوق‌های بیمه‌ای است، البته بین کارشناسان و مسئولین در نحوه رسیدن به این هدف اختلاف بسیاری وجود دارد. برخی معتقدند صندوق‌های بیمه‌ای می‌توانند در خدمات پایه تجمیع شوند و در خدمات تکمیلی به شکل رقابتی فعالیت کنند. علاوه بر این باید از لحاظ قانونی این انگیزه را برای بیمه‌ها به وجود آورد که به موضوع پیشگیری و بهداشت نیز ورود پیدا کنند، این خلاء قانونی باعث افزایش هزینه‌های سلامت می‌شود.

در این نظام، بیمه‌ها جایگاه خریدار آگاه و وکیل مردم را خواهند داشت و وزارت بهداشت نیز سیاست‌گذار حوزه سلامت خواهد بود.

خدمات پایه یا غیرپایه؟

امروز به علت ناکارآمدی بیمه‌ها مردم در بخش هزینه‌های سرپایی فقیرتر می‌شوند، کانون هزینه‌ها از بخش بیمارستانی به بخش سرپایی رفته است و تعریف درستی در خدمات پایه نیز وجود ندارد چه برسد به خدمات غیرپایه، ظهور بیمه‌های تکمیلی در این راستا بود ولی بعد از گذشت چند سال هنوز به مدل مطلوبی نرسیده است.

بعد از این لایه نیاز است چند موضوع اساسی حل شود ۱- درآمد بسیار زیاد پزشکان ۲- فعالیت همزمان بازیگران سلامت در بخش خصوصی و دولتی ۳- نظام پرداخت حقوق تیم درمان

رفع وابستگی با سیاستگذاری حمایتی و شفافیت

◆ در فرآیند درمان، دارو و تجهیزات پزشکی نقش پررنگی پیدا کرده‌اند آن قدر که متأسفانه جای اقدامات بالینی را گرفته است، این نیز به علت سودمحوری برخی تولیدکنندگان و واردکنندگان دارو و تجهیزات پزشکی است، حتی پزشکان نیز در بازی تجاری این تولیدکنندگان و واردکنندگان قرار می‌گیرند.

الگوی نامناسب تجویز و مصرف دارو یکی دیگر از چالش‌های نظام سلامت است که موجب هدر رفت منابع نظام سلامت می‌شود چرا که امروز مردم ضمن مصرف خودسرانه دارو، از پزشکان نیز به جای تشخیص صحیح، طلب دارو می‌کنند، در این بین پزشکان نیز ضمن پذیرش این مسئله، به این تقاضای القای دامن می‌زنند و درمان را صرفاً در مصرف دارو خلاصه می‌کنند.

عدم شفافیت در نظام توزیع دارو و تجهیزات پزشکی و پوشش جغرافیایی از سایر مشکلات این حوزه‌اند، این مشکل سبب به وجود آمدن انحصار دارو و افزایش قیمت و همچنین کمبود دارو در برخی از مناطق می‌شود، این عدم شفافیت فرصتی مناسب برای قاچاقچیان دارو و تجهیزات پزشکی خواهد بود. در حال حاضر سامانه جامعی برای صدور و خروج و توزیع دارو و در نهایت اصالت آن در کشورمان وجود ندارد، الآن چیزی که به نام برچسب اصالت وجود دارد، به سامانه کنترل اصالت، رهگیری و ردیابی زنجیره رسمی تأمین دارو تبدیل شده است، با این حال معاون وزیر وعده داده در سال ۹۵ به این سامانه جامع برسییم.

جدا از این مشکلات که بیشتر در لایه‌های مصرف‌کننده هستند، حوزه دارو و تجهیزات پزشکی مشکلات کلان دیگری نیز دارد، به‌طور نمونه در حوزه دارو به علت پایین بودن استانداردهای کیفی دارو در کشور و عدم سیاست‌گذاری مناسب، این بخش توان رقابت با برندهای معتبر خارجی را ندارد و بخش اثرگذاری از تولیدکنندگان نیز در مواد اولیه وابسته به خارج از کشور هستند، وابستگی که در سال ۹۱ به بحران کمبود دارو منجر شد.

هر چند در سیاست‌های ابلاغی نیز داروهای ژنریک در اولویت تولید هستند اما برای رفع وابستگی باید به سمت تولید داروهای غیرژنریک و HI-Tech رفت. داروهای غیرژنریک داروهایی هستند که تولیدکننده اولیه تا سال‌ها آن را به صورت انحصاری ارائه می‌دهد. قیمت‌گذاری نامناسب دارو نیز هم بر تولید و هم هزینه‌هایی که مردم پرداخت می‌کنند، تأثیرگذار است.

لذا اصلاح نظام قیمت‌گذاری، نظام تولید و نظام واردات دارو جزء ضرورت‌های حوزه داروست. در حوزه تجهیزات پزشکی نیز ابتدا باید فرهنگ غلط اتکا به تجهیزات پزشکی به جای تشخیص بالینی را رفع کرد، چرا که منجر به درمان‌های القایی شده است، طبق آمار ۹۰ درصد نتایج MRI در کشورمان منفی است و این‌ها همه منجر به هزینه می‌شود. اقدام دوم نیز اصلاح سازوکار خرید بیمارستان‌های دولتی است که به حمایت از تولید داخلی و قطع وابستگی خارجی منجر شود.