

با نمایندگان مردم در مجلس دهم
۲۳. حوزه بهداشت و درمان

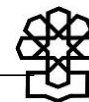
معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی
دفتر: مطالعات اجتماعی

کد موضوعی: ۲۱۰
شماره مسلسل: ۱۴۸۸۱
خردادماه ۱۳۹۵

به نام خدا

فهرست مطالب

مقدمه	۱
۱. نظام سلامت و کارکردهای آن در ایران	۳
۲. وضعیت منابع نظام سلامت ایران در سال ۱۳۹۴	۴
۱-۲. منابع فیزیکی	۴
۲-۲. منابع انسانی	۵
۲-۳. اعتبارات وزارت بهداشت و درمان براساس لایحه سال ۱۳۹۵	۵
۲-۴. سهم هزینه‌های گروه‌های مختلف خدمتی از کل هزینه‌های سلامت و هزینه‌های عمومی سلامت	۵
۳. قوانین و اسناد بالادستی	۷
۱-۳. قوانین فرادستی	۷
۴. وضعیت برخی شاخص‌های سلامت ایران با کشورهای منطقه چشم‌انداز	۱۰
۱-۴. شاخص‌های نیروی انسانی و تسهیلات نظام سلامت در ایران و مقایسه با کشورهای هدف سند چشم‌انداز	۱۰
۲-۴. شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت در کشورهای هدف سند چشم‌انداز	۱۲
۳-۴. سال‌های عمر از دست رفته به‌علت بیماری در کشورهای هدف سند چشم‌انداز	۱۴
۴-۴. شاخص امید به زندگی و مرگ نوزادان در کشورهای هدف سند چشم‌انداز	۱۵
۵. اهم چالش‌های حوزه سلامت	۱۶
۱-۵. تولیدی و سیاستی	۱۶
۲-۵. تأمین مالی، ارائه خدمت	۱۶
۳-۵. تقنینی	۱۸
۴-۵. متأثر از مؤلفه‌های اجتماعی	۱۸
جمع‌بندی و نتیجه‌گیری	۱۹
پیوست	۲۰
منابع و مأخذ	۲۱



با نمایندگان مردم در مجلس دهم ۲۳. حوزه بهداشت و درمان

مقدمه

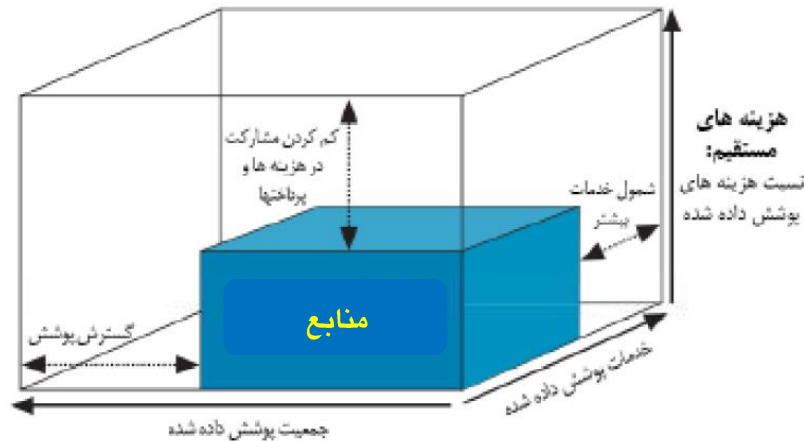
سازمان جهانی بهداشت، سلامت را تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه فقط نبودن بیماری و نقص عضو تعریف می‌کند و برخورداری از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل حصول سلامت، بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی را حق مسلم هر انسانی بیان می‌کند.^۱ بنابراین سلامت دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی است و اخیراً بُعد معنوی نیز به آن اضافه شده است.

در حال حاضر در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وظیفه ارائه خدمات سلامت را در کشور به عهده دارد. نیاز به تحول در نظام ارائه خدمت و بازتعریف قوانین حاکم بر بازار سلامت از زمان تصویب قانون برنامه چهارم توسعه به طور جدی احساس شد و در دستور کار دولت و مجلس قرار گرفت.

اصطلاح عدالت در مراقبت سلامت از همان زمان وارد ادبیات این حوزه شد و مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفت. عدالت در سلامت به عنوان دسترسی مساوی برای نیاز مساوی به خدمات مراقبتی در دسترس، بهره‌مندی مساوی برای نیاز مساوی و کیفیت مساوی خدمات مراقبتی برای همه تلقی می‌شود به عبارت دیگر عدالت در سلامت یعنی دریافت خدمات براساس نیاز، پرداخت هزینه براساس توان و کیفیت خدمات یکسان برای همه. نمود این امر با قوانینی از جمله «نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده» آغاز گردید.

پوشش همگانی سلامت موضوع دیگری بود که در این قانون مدنظر قرار گرفت. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، پوشش همگانی عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت (شامل ارتقاء، پیشگیری، درمان و توانبخشی) در سطحی از هزینه که در استطاعت افراد باشد تا از این طریق عدالت در دسترسی حاصل شود. پوشش همگانی، سه جنبه هزینه‌ها، خدمات و افراد تحت پوشش را دربرمی‌گیرد و از آن به عنوان مکعب پوشش همگانی یاد می‌شود. در این راستا، دولت باید تلاش خود را به پوشش بیشتر هزینه‌ها و مخارج سلامت و خدمات ارائه شده معطوف کند و در عین حال تلاش کند تا افراد کمتری دچار مخارج کمرشکن و فقرزای سلامت شوند. بنابراین، براساس آنچه در تعریف مکعب پوشش همگانی سلامت آمده است، هدف نهایی پوشش همگانی سلامت؛ تضمین

بهره‌مندی همگان از خدمات سلامت (ضروری و اساسی) بدون تحمل ریسک مالی یا فقیر شدن در نتیجه پرداخت مخارج سلامت است.



در سال‌های اخیر مفهوم دیگری تحت عنوان مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت^۲ (SDH) به این حوزه افزوده شد. تعیین‌کننده‌های سلامت عواملی هستند که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم شرایطی را فراهم می‌کنند که ابعاد مختلف سلامت تحت تأثیر مثبت یا منفی قرار گیرند. بررسی‌ها نشان می‌دهد سهم اثر هر یک از عوامل تعیین‌کننده بر ابعاد مختلف سلامت عبارت است از: ژنتیک یا بیولوژی فردی (۱۵ درصد)، وضعیت اجتماعی - اقتصادی (۵۰ درصد)، محیط فیزیکی (۱۰ درصد)، نظام مراقبت سلامت (۲۵ درصد).

از جمله مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت می‌توان به طبقه اجتماعی^۳، محرومیت اجتماعی^۴ (حاشیه‌نشینی و...)، استرس، تکامل دوران ابتدای کودکی^۵، بیکاری، فقر، مسکن، شرایط محیط کار، حمایت اجتماعی^۶، اعتیاد، غذا، حمل‌ونقل، شهرنشینی (مهاجرت) و... اشاره کرد که تأثیر بسیاری بر سلامت دارند.

در قانون برنامه پنجم ضمن تأکید بر نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات به دو موضوع اساسی دیگر یعنی «بیمه سلامت و تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای» و «منع فعالیت همزمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی» نیز پرداخته شد، همچنین سعی شد مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت تا حدی مورد توجه قرار گیرد. اتفاق مهمی که به‌عنوان اصلاحات در نظام سلامت از اردیبهشت سال ۱۳۹۳ در دستور کار دولت قرار گرفت طرح تحول سلامت است. هر یک از برنامه‌های اجرا شده دستاوردها و

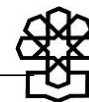
2. Social Determinants of Health

3. Social Gradient

4. Social Exclusion

5. Early Childhood Development

6. Social Support



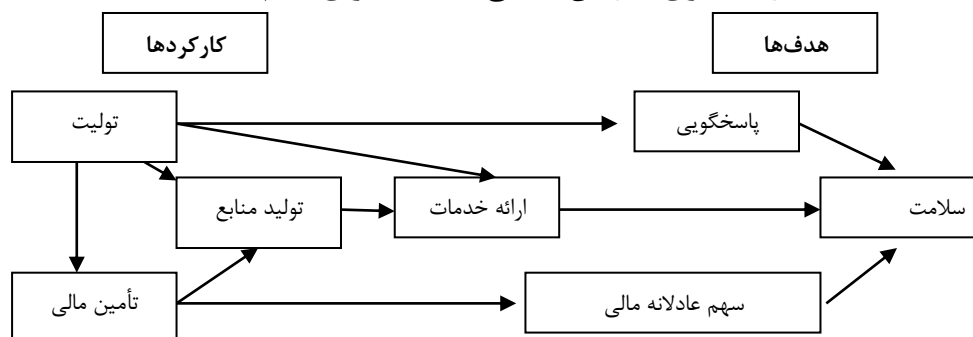
چالش‌هایی به همراه داشت که پرداختن به آنها در مجال این گزارش نیست.^۷ این گزارش با هدف ارائه تصویری از بخش بهداشت و درمان کشور به نمایندگان دوره دهم مجلس تهیه شده است که در چهار بخش مشتمل بر کارکردهای نظام است قوانین و اسناد بالادستی، شاخص‌های کلان سلامت کشور و مقایسه آن با کشورهای سند چشم‌انداز و مهمترین چالش‌های حوزه سلامت تنظیم شده است.

۱. نظام سلامت و کارکردهای آن در ایران

دولت‌ها برای پاسخگویی به نیاز سلامت در جامعه سامانه‌ای را شکل می‌دهند که نظام سلامت نامیده می‌شود. بنابر تعریف، نظام سلامت مشتمل بر تمام سازمان‌ها و منابعی است که به ارائه اقدامات سلامت می‌پردازند و اقدام سلامت عبارت است از هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات سلامت عمومی و یا از طریق برنامه‌های بین‌بخشی انجام می‌گیرد و هدف اصلی آن ارتقای سلامت است.

هدف اساسی نظام سلامت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت است، اما اهداف درونی دیگری نیز برای آن مطرح است. این اهداف به مسائلی مانند مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامت و پاسخگویی نظام سلامت اشاره دارد. به عبارتی نظام سلامت باید بتواند به درستی به آنچه مردم از آن انتظار دارند پاسخ دهد و در تنظیم مشارکت آنها در تولید، توزیع و مصرف خدمات، عدالت را رعایت کند. به جرئت می‌توان گفت که در جهان امروز نظام سلامت مسئولیتی حیاتی و مداوم نسبت به افراد در کل دوره زندگی آنها دارد. به طوری که با اعاده، حفظ و بهبود وضعیت سلامت افراد، خانواده‌ها و جوامع، در جهت ارتقای سطح و کیفیت زندگی آحاد جامعه ایفای نقش می‌کند (شکل ۱).

شکل ۱. الگوی سازمان جهانی بهداشت برای نظام سلامت



۷. لیست عناوین گزارش‌های منتشر شده مرتبط به مطالب یادشده به پیوست همین گزارش آمده است که فایل آنها از طریق سایت رسمی مرکز پژوهش‌های مجلس قابل دسترسی است.

۲. وضعیت منابع نظام سلامت ایران در سال ۱۳۹۴

وضعیت منابع وزارت بهداشت و درمان براساس داده‌های در دسترس مشتمل بر منابع فیزیکی، انسانی و مالی به شرح زیر است:

۲-۱. منابع فیزیکی

وضعیت منابع فیزیکی به تفکیک سطوح ارائه خدمت به شرح زیر است:

جدول ۱. منابع فیزیکی سطح یک خدمات - نظام سلامت ایران

سال ۱۳۹۴	تسهیلات فیزیکی
۱۷۹۱۵	خانه‌های بهداشت
۲۵۵۱	مراکز بهداشتی - درمانی روستایی
۱۸۷۴	مراکز بهداشتی - درمانی شهری
-	درمانگاه‌های سرپایی

مأخذ: نامه به شماره ۲۰۵/۲۵۵۵/د مورخ ۱۳۹۴/۱۲/۴ ازسوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

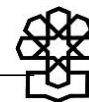
جدول ۲. منابع فیزیکی سطح دوم و سوم ارائه خدمت - نظام سلامت ایران

سال ۱۳۹۴	تسهیلات فیزیکی
۸۰۷۶۶	بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی
۱۴۶۹۲	بیمارستان‌های خصوصی
۲۳۳۷۱	سایر بیمارستان‌ها*
۱۱۸۸۲۹	کل بیمارستان‌ها
۹۳۰۳	تخت روانپزشکی
۱/۵۳	نسبت تخت به ازای هزار نفر جمعیت
۲۱۵۴	پایگاه‌های اورژانس شهری و جاده‌ای**
۸۳۲+۱۳۲۲	

مأخذ: همان.

* منظور از سایر بیمارستان‌ها، بیمارستان‌های ارتش جمهوری اسلامی ایران، آموزش و پرورش، بانک‌ها، بنیاد شهید و امور ایثارگران، دانشگاه آزاد اسلامی، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان‌های خیریه، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، شرکت نفت، کمیته امداد، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران و سایر سازمان‌ها می‌باشد.

** براساس آیین‌نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی مصوب ۱۳۸۶، پایگاه‌های شهری در مراکز شهرستان‌ها، شهرهای دارای دانشگاه یا دانشگاه علوم پزشکی و شهرهای با جمعیت بیش از ۵۰ هزار نفر ایجاد می‌شود. پایگاه اورژانس پیش‌بیمارستانی شهری با مرکز پیام و مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات در ارتباط بوده و دارای دو دستگاه آمبولانس می‌باشد. پایگاه جاده‌ای در جاده‌ها و در مبادی شهرهای با جمعیت کمتر از ۵۰ هزار نفر با فاصله حداکثر ۴۰ کیلومتر و با در نظر گرفتن حداکثر زمان رسیدن به محل حادثه ۱۵ دقیقه ایجاد می‌شود.



۲-۲. منابع انسانی

براساس اطلاعات در دسترس، تعداد پرسنل شاغل در وزارت متبوع شامل ۴۲۱۹۷۵ نفر است که ۲۱۴۹۰۶ نفر در حوزه درمان، ۹۷۱۴۷ نفر در بخش بهداشت، ۲۶۹۷۲ نفر در بخش آموزش، ۲۹۴۴ نفر در بخش پژوهش ۶۷۰۴۶ نفر در حوزه ستادی فعال هستند.

جدول ۳. منابع انسانی سطح یک ارائه خدمت - نظام سلامت ایران

تعداد کل کارکنان شاغل در سطح یک ارائه خدمت	۱۳۹۴
بهوزر	۳۰۸۴۷
ماما	۵۲۶۸
پزشک عمومی	۶۷۷

مأخذ: همان.

۲-۳. اعتبارات وزارت بهداشت و درمان براساس لایحه سال ۱۳۹۵

مجموع اعتبارات وزارت بهداشت و درمان در لایحه بودجه سال ۱۳۹۵ مشتمل بر اعتبارات ستاد، دانشگاه‌های علوم پزشکی، دستگاه‌های وابسته، متفرقه و بند «ب» تبصره «۱۳» ماده واحده مبلغ ۴۹۷,۲۶۲ میلیارد ریال (حدود ۵۰ هزار میلیارد تومان) است که سهم درآمد اختصاصی (۲۶۴,۸۲۰ میلیارد ریال) ۵۳ درصد، تملک دارایی‌های سرمایه‌ای (۳۹,۴۹۵ میلیارد ریال) ۸ درصد و هزینه‌های عمومی (۱۹۲,۹۴۶ میلیارد ریال) ۳۹ درصد است.

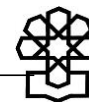
وزارت بهداشت دارای ۴۸ دانشگاه علوم پزشکی و ۲۶ دانشکده در کل کشور است که اعتبارات آنها ۳۴۵,۸۳۸ میلیارد ریال (معادل ۶۹/۵ درصد کل بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) است.

۲-۴. سهم هزینه‌های گروه‌های مختلف خدمتی از کل هزینه‌های سلامت و هزینه‌های عمومی سلامت

با توجه به اینکه آخرین گزارش منتشر شده برای مطالعه حساب‌های ملی سلامت مربوط به سال ۱۳۹۰ است اطلاعات این بخش مربوط به همان گزارش است. در سال ۱۳۹۰، سهم هزینه‌های حوزه بهداشت (اعم از خدمات بهداشت عمومی و پیشگیری، بهداشت محیط و نظارت بر مواد غذایی، آب آشامیدنی و نکات بهداشتی) از کل هزینه‌های عمومی سلامت ۵/۸ درصد بوده است. این درحالی است که سهم هزینه خدمات درمانی صرفنظر از هزینه خدمات توانبخشی، خدمات پرستاری بلندمدت، خدمات جانبی مراقبت پزشکی، مدیریت سلامت و بیمه سلامت از کل هزینه‌های سلامت ۶۲ درصد است و اگر بخواهیم هزینه خدمات فوق‌الذکر را به این خدمات اضافه کنیم هزینه‌های حوزه درمانی ۷۲ درصد از کل هزینه‌های سلامت را به‌خود اختصاص می‌دهد (جدول ۴).

جدول ۴. سهم هزینه‌های گروه‌های مختلف خدمتی از کل هزینه‌های سلامت و هزینه‌های عمومی سلامت در سال ۱۳۹۰

جمع	فراهم‌کنندگانی که بر اساس نوع کارکرد طبقه‌بندی نشده‌اند	موسسات فراهم‌کننده‌ی خدمات وابسته به سلامت	سایر رشته‌ها فعالیت‌ها	اداره‌ی سلامت عمومی و بیمه	تهیه‌کنندگان و اداره‌کنندگان برنامه‌های سلامت	داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی	فراهم‌کنندگان خدمات سرپایی	فراهم‌کنندگان خدمات پرستاری و تسهیلات اقامتی	بیمارستان‌ها	فراهم‌کنندگان	
										کارکردها	فراهم‌کنندگان
۶۲.۰	-	-	-	۰	-	۳	۶۹	-	۹۲	خدمات درمانی	
۱.۳	-	-	۹	-	-	-	۲	۱	۱	خدمات توانبخشی	
۰.۳	-	-	۱	-	-	-	۰	۹۷	-	خدمات پرستاری بلند مدت	
۷.۵	-	-	-	-	-	-	۱۹	-	۴	خدمات جانبی مراقبت پزشکی	
۱۵.۲	-	-	۰	۱۶	-	۹۷	۴	-	۰	انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی	
۴.۸	-	۱	۹۰	۱	۱۴	-	۱	-	-	خدمات بهداشت عمومی و پیشگیری	
۰.۸	-	-	-	۵۴	۴۰	-	۰	-	۰	مدیریت سلامت و بیمه‌ی سلامت	
۱.۱	۱۰۰	-	-	-	-	-	-	-	-	سایر هزینه‌ها که بر اساس نوع کارکرد مشخص نیستند	
۹۲.۹	۱۰۰	۱	۱۰۰	۷۱	۵۴	۱۰۰	۹۶	۹۹	۹۷	= کل هزینه‌ی جاری بهداشت	
۲.۵	۰	۱	-	۱	۲۲	۰	۳	۱	۳	تشکیل سرمایه‌ی موسسات فراهم‌کننده‌ی خدمات سلامت	
۹۵.۴	۱۰۰	۲	۱۰۰	۷۲	۷۶	۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۱۰۰	= کل هزینه‌ی سلامت	
۳.۱	-	۸۱	-	۰	-	-	-	-	۰	آموزش پزشکی و تعلیم کارکنان سلامت	
۰.۴	-	۱۰	-	-	-	-	۰	-	-	تحقیق و توسعه در زمینه سلامت	
۰.۴	-	۱	۰	۲۵	۰	-	۰	-	-	نظارت بر مواد غذایی، آب آشامیدنی و نکات بهداشتی	
۰.۶	-	۲	-	-	۱۷	-	۲	-	۰	بهداشت محیط	
۰.۱	-	۳	۰	۱	-	-	-	۰	-	اداره و تهیه‌ی خدمات اجتماعی بصورت کمک زندگی	
۰.۱	-	۲	-	۲	-	-	-	-	-	اداره و تهیه‌ی مزایای نقدی مربوط به تامین سلامت	
۰.۰	-	-	-	-	۷	-	-	-	-	سایر هزینه‌های سلامت که نوع آن مشخص نیست	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	= هزینه‌های عمومی سلامت	



۳. قوانین و اسناد بالادستی

۳-۱. قوانین فرادستی

- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران،
- سند چشم‌انداز بیست‌ساله جمهوری اسلامی ایران،
- سیاست‌های کلی نظام در دوره چشم‌انداز،
- سیاست‌های کلی قانون برنامه پنجم توسعه،
- قانون برنامه پنجم توسعه در حوزه سلامت،
- سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه،
- نقشه جامع علمی کشور،
- نقشه نظام سلامت کشور،
- سیاست‌های کلان سلامت،
- سیاست‌های اقتصاد مقاومتی،
- سیاست‌های کلی جمعیتی.

۳-۱-۱. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

اصول سوم، بیست‌ونهم، چهل‌وسوم و یکصدم قانون اساسی، برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی - درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه را حق همگانی می‌داند و دولت جمهوری اسلامی ایران را موظف به تأمین سلامت با رعایت تمام مؤلفه‌های اجتماعی سلامت از جمله تأمین نیازهای اساسی شامل مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه، تأمین شرایط و امکانات کار برای همه به‌منظور رسیدن به اشتغال کامل می‌کند و ضمناً تأکید بر آموزش همگانی و عمومی و افزایش آگاهی مردم بر مشارکت عامه مردم در تعیین سرنوشت سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خود دارد. در واقع به تمام ابعاد سلامت در قانون اساسی اشاره شده است.

۳-۱-۲. سند چشم‌انداز بیست‌ساله جمهوری اسلامی ایران

در این سند آمده است؛ جامعه ایرانی در افق این چشم‌انداز برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب خواهد بود.

۳-۱-۳. سیاست‌های کلی نظام در دوره چشم‌انداز

در بند «ب» در بخش امور اجتماعی - سیاسی و دفاعی سیاست‌های کلی نظام نیز به تضمین حقوق

مدنی و انسانی و دسترسی به فرصت‌های برابر برای افراد جامعه و بهبود کیفیت زندگی، سلامت، امنیت غذایی، تربیت‌بدنی، رفع فقر و حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و تحقق عدالت اجتماعی اشاره شده است.

۳-۱-۴. سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران در حوزه سلامت

این برنامه با تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه‌جانبه با توجه به موارد زیر تنظیم و تصویب شده است:

- یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی،
- ارتقای شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی،
- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت،
- اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی،
- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه پنجم.

۳-۱-۵. قانون برنامه پنجم توسعه کشور در حوزه سلامت

مواد (۲۰) و (۳۲-۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه به سلامت پرداخته است.

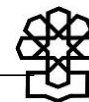
۳-۱-۶. سیاست‌های اقتصاد مقاومتی

هرچند به‌طور مشخص در ماده (۷) تأمین امنیت غذایی و درمان در دستور کار دولت و مجلس قرار گرفته است، اما به‌دلیل ماهیت صنعتی حوزه دارو و تجهیزات پزشکی، حوزه سلامت هم از سایر مواد از جمله مواد زیر متأثر خواهد شد:

۲. پیشتازی اقتصاد دانش‌بنیان، پیاده‌سازی و اجرای نقشه جامع علمی کشور و ساماندهی نظام ملی نوآوری به‌منظور ارتقای جایگاه جهانی کشور و افزایش سهم تولید و صادرات محصولات و خدمات دانش‌بنیان و دستیابی به رتبه اول اقتصاد دانش‌بنیان در منطقه.
۶. افزایش تولید داخلی نهاده‌ها و کالاهای اساسی (به‌ویژه در اقلام وارداتی) و اولویت دادن به تولید محصولات و خدمات راهبردی و ایجاد تنوع در مبادی تأمین کالاهای وارداتی با هدف کاهش وابستگی به کشورهای محدود و خاص.
۷. تأمین امنیت غذا و درمان و ایجاد ذخایر راهبردی با تأکید بر افزایش کمی و کیفی تولید (مواد اولیه و کالا).

۸. مدیریت مصرف با تأکید بر اجرای سیاست‌های کلی اصلاح الگوی مصرف و ترویج مصرف کالاهای داخلی همراه با برنامه‌ریزی برای ارتقای کیفیت و رقابت‌پذیری در تولید.

- حمایت همه‌جانبه هدفمند از صادرات کالاها و خدمات به تناسب ارزش افزوده و با خالص ارزآوری



مثبت.

۱۶. صرفه‌جویی در هزینه‌های عمومی کشور با تأکید بر تحول اساسی در ساختارها، منطقی‌سازی اندازه دولت و حذف دستگاه‌های موازی و غیرضرور و هزینه‌های زائد.

۲۳. شفاف و روان‌سازی نظام توزیع و قیمتگذاری و روزآمدسازی شیوه‌های نظارت بر بازار.

۲۴. افزایش پوشش استاندارد برای کلیه محصولات داخلی و ترویج آن.

۳-۱-۷. سیاست‌های کلی جمعیت

با توجه به ابعاد چهارگانه سلامت می‌توان گفت تمام مواد این سیاست به نوعی سلامت افراد و جامعه را متأثر می‌کنند. با این حال در ۴ ماده این سیاست به‌طور مشخص، وظیفه‌ای بر متولی سلامت نهاده شده است:

۱. ارتقای پویایی، بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش نرخ باروری به بیش از سطح جانشینی.

۴. تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی درباره اصالت کانون خانواده و فرزندپروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی- ایرانی و توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری.

۶. ارتقای امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب‌های

اجتماعی، به‌ویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی‌های زیست‌محیطی و بیماری‌ها.

۷. فرهنگ‌سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش‌بینی سازوکار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب.

۳-۱-۸. سیاست‌های کلان سلامت

تمام مواد این سیاست مرتبط به حوزه سلامت است و مهمترین نکات قید شده در آن عبارتند از :

اولویت پیشگیری بر درمان در تمام سیاستگذاری‌ها و قانونگذاری‌ها، پیوست سلامت، نظام ارجاع و پزشک خانواده، تفکیک وظایف تولیت...، جلب مشارکت مردم و جامعه و سایر سازمان‌ها، توجه به مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، تأمین منابع پایدار مالی، رویکرد سلامت‌محور در وضع قوانین و سیاست‌ها، جلوگیری از تقاضای القایی، اهمیت سلامت روان، مدیریت منابع از طریق نظام بیمه‌ای کارآمد، مدیریت بازار سلامت با مکانیسم‌های تعیین شده، تأمین امنیت غذایی و....

۳-۱-۹. سیاست‌های برنامه ششم توسعه

۴۳. اجرای سیاست‌های کلی سلامت با تصویب قوانین و مقررات لازم با تأکید بر:

۴۳-۱. تهیه پیوست سلامت برای قوانین مرتبط و طرح‌های کلان توسعه‌ای.

- ۲-۴۳. اصلاح ساختار نظام سلامت براساس بند «۷» سیاست‌های کلی سلامت.
- ۳-۴۳. تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت و توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت.
- ۴-۴۳. افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع.

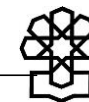
۴. وضعیت برخی شاخص‌های سلامت ایران با کشورهای منطقه چشم‌انداز

در این قسمت سعی شده است، وضعیت کشور ایران در شاخص‌های مختلف اقتصادی (اعم از نیروی انسانی و تحصیلات، شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت، سال‌های عمر از دست رفته به‌علت بیماری‌ها، شاخص‌های امید به زندگی و مرگ نوزادان) در نظام سلامت با سایر کشورهای هدف سند چشم‌انداز مورد مقایسه قرار گیرد.

۱-۴. شاخص‌های نیروی انسانی و تسهیلات نظام سلامت در ایران و مقایسه با کشورهای هدف سند چشم‌انداز

هرچند بالا بودن این شاخص لزوماً به معنی بهتر بودن میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت نیست ولی برای ارائه خدمات با کیفیت و اطمینان از صرف زمان کافی برای دریافت‌کننده خدمت در صورت وجود نظارت قوی، شاخص مفیدی است.

اگر نگاهی به وضعیت این شاخص‌ها در ایران و سایر کشورهای مورد بررسی بیاندازیم ملاحظه می‌شود که متأسفانه داده قابل اعتماد و به‌روزی در خصوص تراکم پزشک، پرستار و ماما، دندانپزشک و تخت بیمارستانی وجود ندارد. این درحالی است که در دسترس بودن داده‌های به‌روز و دقیق باعث جهت‌گیری مناسب می‌شود.

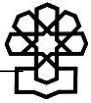


جدول ۵. شاخص‌های نیروی انسانی و تسهیلات نظام سلامت در کشورهای هدف سند چشم‌انداز^۸ (۲۰۰۷-۲۰۱۳)

کشور	تراکم نیروی انسانی (در ۱۰۰۰۰ نفر)						تراکم تسهیلات و زیرساخت‌ها (در ۱۰۰۰۰۰ نفر)
	پزشک	پرستار و ماما	دندانپزشک	داروساز	روانپزشک (۲۰۱۴)	بیمارستان (۲۰۱۳)	تخت روانپزشکی (۲۰۱۴)
ایران	-	-	-	۵/۴	۰/۲	-	۱۶/۴
قرقیزستان	۱۹/۷	۶۲/۲	۱/۸	۰/۶	۰/۳	۲/۶	۳۱/۳
آذربایجان	۳۴	۶۵/۴	۲/۶	۲/۱	۰/۴	۸	۴۳/۱
رژیم اشغالگر قدس	۳۳/۴	۴۹/۶	۷	۷/۸	۱/۲	۰/۶	۴۳/۸
تاجیکستان	۱۹/۲	۵۰/۲	۱/۷	-	۰/۲	۴/۷	۱۷/۱
قزاقستان	۳۶/۲	۸۲/۶	۳/۹	۸/۴	-	۳/۵	-
گرجستان	۴۲/۷	۳۲/۲	-	-	۰/۶	۲/۲	۳۴/۶
لبنان	۳۲	۲۷/۲	۱۴/۷	۱۵/۷	۰/۱	۳/۱	۰/۹
ترکیه	۱۷/۱	۲۴	۲/۹	۳/۵	۰/۲	۱/۵	۹/۳
عربستان سعودی	۲۴/۹	۴۸/۷	۰/۹	۵/۴	۰/۲	۱	۱۹/۸
کویت	۱۷/۹	۴۵/۵	۳/۵	۳	۰/۳	-	۱۷/۲
امارات متحده عربی	۲۵/۳	۳۱/۶	۴/۳	۵/۹	۰/۰۵	-	۱/۲
بحرین	۳۴	۶۵/۴	۲/۶	۲/۱	۰/۴	۸	۴۳/۱
اردن	۲۵/۶	۴۰/۵	۹	۲۱/۴	۰/۱	۱/۹	۷/۵
عمان	۲۴/۳	۵۳/۸	۲/۸	۱۸/۸	۰/۴	۱/۳	۵/۹
مصر	۲۸/۳	۳۵/۲	۴/۲	۱۶/۷	۰/۱	۰/۶	۶/۶
سوریه	۱۴/۶	۱۸/۷	۷/۵	۷/۷	-	-	-
عراق	۶/۱	-	۱/۵	۱/۷	۰/۰۵	۱	۵/۱
قطر	۷۷/۴	۱۱۸/۷	-	-	۰/۳	-	۳/۵
افغانستان	۲/۷	۵	۰/۰۵	۰/۵	۰/۰۵	۰/۴	۰/۶
پاکستان	۸/۳	۵/۷	۰/۶	-	۰/۰۵	۰/۵	۵/۶

۲-۴. شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت در کشورهای هدف سند چشم‌انداز

اگر نگاهی به کل هزینه‌های سلامت از GDP در این کشورها داشته باشیم ملاحظه می‌شود که ایران بیش از میانگین کشورهای هدف سند چشم‌انداز بر سلامت سرمایه‌گذاری کرده است. با این همه نسبت هزینه‌های خصوصی به کل هزینه‌های سلامت از نسبت هزینه‌های دولتی به کل هزینه‌های سلامت بیشتر است. درحالی که به‌طور متوسط این نسبت‌ها در کشورهای هدف سند چشم‌انداز برعکس است (یعنی درصد هزینه‌های دولتی بر کل هزینه‌های سلامت بیش از درصد هزینه‌های خصوصی بر کل هزینه‌های سلامت است). این مسئله تأییدکننده بالا بودن نسبی پرداخت از جیب مردم جهت برخورداری از خدمات سلامت در ایران از متوسط این هزینه‌ها در کشورهای هدف سند چشم‌انداز است و همین مسئله می‌تواند منجر به پایین بودن درصد پیش‌پرداخت‌ها از کل هزینه‌های سلامت در ایران نسبت به سایر کشورهای هدف چشم‌انداز نیز باشد. بنابراین اگرچه، سرانه مخارج بخش سلامت (برحسب نرخ برابری ارز) در ایران بیش از سایر کشورهای منتخب است، لکن سرانه مخارج دولت در بخش سلامت (برحسب نرخ برابری ارز) در ایران کمتر از متوسط آن در سایر کشورهای هدف سند چشم‌انداز می‌باشد. این درحالی است که با وجود گذشت بیش از ۱۰ سال از زمان تصویب سند چشم‌انداز سلامت (۱۴۰۴)، انتظار می‌رود وضعیت این شاخص‌ها از متوسط آن در کشورهای هدف چشم‌انداز بهتر باشد.



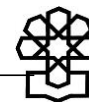
جدول ۶. شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت در کشورهای هدف سند چشم‌انداز سال ۹۲۰۱۳

کشور	کل هزینه‌های سلامت از GDP	هزینه‌های دولت (درصدی از کل هزینه‌ها)	هزینه‌های بخش خصوصی در بخش سلامت (کل هزینه‌ها)	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌ها	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه عمومی دولت در بخش سلامت	پرداخت از جیب مردم (درصد از کل هزینه‌های خصوصی سلامت)	پرداخت از جیب مردم (درصد از کل هزینه‌های سلامت)	برنامه‌های پیش پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز
ایران	۶/۷	۴۰/۸	۵۹/۲	۱۷/۵	۰	۸۸	۵۲/۱	۴/۲	۱۴۱۴	۵۷۷
قرقیزستان	۶/۷	۵۹	۴۱	۱۳/۲	۸/۷	۸۸/۸	۳۶/۴	-	۲۲۱	۱۳۰
آذربایجان	۵/۶	۲۰/۸	۷۹/۲	۳/۵	۰/۵	۸۹/۷	۷۱/۱	۰/۷	۹۵۷	۱۹۹
رژیم اشغالگر قدس	۷/۲	۵۹/۱	۴۰/۹	۱۰/۵	-	۶۴/۵	۲۶/۳	۲۶/۴	۲۳۵۵	۱۳۹۳
تاجیکستان	۶/۸	۳۰/۶	۶۹/۴	۷/۳	۱۰/۳	۸۶/۷	۶۰/۱	۰	-	-
قزاقستان	۴/۳	۵۳/۱	۴۶/۹	۱۰/۹	۰/۴	۹۸/۹	۴۶/۳	۰/۲	۱۰۲۳	۵۴۴
گرجستان	۹/۴	۲۱/۵	۷۸/۵	۶/۷	۲/۶	۷۸/۹	۶۱/۹	۱۱/۷	۶۹۷	۱۵۰
لبنان	۷/۲	۵۰/۷	۴۹/۳	۱۰/۷	۱/۱	۶۹/۵	۳۴/۳	۲۹/۶	۱۰۹۲	۵۵۴
ترکیه	۵/۶	۷۷/۴	۲۲/۶	۱۰/۷	۰	۶۶/۳	۱۵	-	۱۰۵۳	۸۱۵
عربستان سعودی	۳/۲	۶۴/۲	۳۵/۸	۵/۴	-	۵۵/۳	۱۹/۸	۲۲	۱۶۸۱	۱۰۷۹
کویت	۲/۹	۸۲/۶	۱۷/۴	۵/۸	-	۹۰/۴	۱۵/۷	۹/۶	۲۳۵۷	۱۹۶۲
امارت متحده عربی	۳/۲	۷۰/۳	۲۹/۷	۹/۴	-	۶۳/۲	۱۸/۸	۲۷/۳	۲۲۳۳	۱۵۷۰
بحرین	۴/۹	۷۰/۲	۲۹/۸	۱۰/۶	-	۴۹	۱۴/۶	۳۶/۷	۱۹۰۰	۱۳۳۳
اردن	۷/۲	۶۶	۳۴	۱۳/۵	۴/۷	۶۹/۱	۲۳/۵	۲۲/۹	۷۶۱	۵۰۲
عمان	۲/۶	۸۰	۲۰	۴/۸	-	۶۱/۴	۱۲/۳	۲۳/۲	۷۹۶	۶۳۷
مصر	۵/۱	۴۰/۷	۵۹/۳	۵/۵	۰/۲	۹۷/۷	۵۸	۱/۷	۵۳۹	۲۱۹
سوریه	۳/۳	۴۶/۱	۵۳/۹	۵/۳	۰/۶	۱۰۰	۵۳/۹	۰	-	-
عراق	۵/۲	۶۳/۵	۳۶/۵	۶	۰/۲	۱۰۰	۳۶/۵	-	۶۹۵	۴۴۱
قطر	۲/۲	۸۳/۸	۱۶/۲	۵/۸	-	۵۲/۲	۸/۴	۳۸	۲۸۸۲	۲۴۱۶
افغانستان	۸/۱	۲۱/۲	۷۸/۸	۷/۱	۱۸/۶	۹۳/۶	۷۳/۸	۰	۱۶۱	۳۴
پاکستان	۲/۸	۳۶/۸	۶۳/۲	۴/۷	۶/۹	۸۶/۸	۵۴/۹	۰/۹	۱۲۶	۴۶

۳-۴. سال‌های عمر از دست رفته به علت بیماری در کشورهای هدف سند چشم‌انداز همان‌طور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود، سال‌های عمر از دست رفته در ایران از متوسط آن در سایر کشورها مورد بررسی، کمتر است. این در حالی است که سال‌های عمر از دست رفته به علت بیماری‌های واگیر در ایران کمتر از متوسط آن، به علت بیماری‌های غیرواگیر و خدمات و آسیب‌ها بیش از متوسط آن در سایر کشورهاست.

جدول ۷. سال‌های عمر از دست رفته به علت بیماری‌های واگیر، غیرواگیر و صدمات در کشورهای هدف سند چشم‌انداز ۲۰۲۱-۲۰۱۰

سال‌های عمر از دست رفته به علت (در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)				کشور
صدمات و آسیب‌ها	بیماری‌های غیرواگیر	بیماری‌های واگیر	همه عوامل	
۳۷۹۹	۱۰۳۰۲	۳۱۱۸	۱۷۲۲۰	ایران
۳۴۲۱	۱۵۳۰۰	۵۷۶۷	۲۴۴۸۹	قرقیزستان
۱۸۹۳	۱۳۸۰۲	۴۹۲۶	۲۰۶۲۱	آذربایجان
۸۴۶	۸۲۸۶	۱۰۲۴	۱۰۱۵۶	رژیم اشغالگر قدس
۳۱۲۸	۱۱۹۳۰	۱۴۶۹۲	۲۹۷۴۹	تاجیکستان
۵۲۵۴	۲۱۳۳۳	۳۸۳۴	۳۰۴۲۱	قزاقستان
۱۶۴۷	۲۱۴۹۰	۲۴۱۹	۲۵۵۵۶	گرجستان
۱۳۷۷	۷۹۳۴	۱۱۹۶	۱۰۵۰۷	لبنان
۲۱۴۸	۱۲۶۵۱	۲۳۶۱	۱۷۱۶۰	ترکیه
۱۵۷۷	۶۷۲۱	۱۸۴۱	۱۰۱۴۰	عربستان سعودی
۱۱۹۹	۴۴۰۰	۱۴۶۸	۷۰۶۷	کویت
۱۵۴۶	۳۰۸۶	۹۱۸	۵۵۵۱	امارات متحده عربی
۱۳۲۹	۵۰۲۴	۱۲۳۶	۷۵۸۹	بحرین
۲۲۹۹	۸۵۸۵	۳۶۹۱	۱۴۵۷۴	اردن
۲۴۴۳	۵۷۸۷	۲۵۸۳	۱۰۸۱۲	عمان
۱۵۱۳	۱۵۱۶۸	۴۲۶۸	۲۰۹۴۹	مصر
۱۸۲۲۷	۷۶۸۵	۲۸۰۷	۲۸۷۱۸	سوریه
۵۶۴۷	۹۶۱۰	۷۸۲۳	۲۳۰۸۰	عراق
۱۶۹۰	۳۴۱۰	۶۳۵	۵۷۳۶	قطر
۹۸۰۱	۱۲۳۲۴	۳۱۱۲۸	۵۳۲۵۲	افغانستان
۴۸۹۳	۱۱۷۹۶	۲۰۷۸۹	۳۷۴۷۸	پاکستان



۴-۴. شاخص امید به زندگی و مرگ نوزادان در کشورهای هدف سند چشم‌انداز

شاخص امید به زندگی و مرگ نوزادان در کشور ایران بهتر از متوسط آن در کشورهای هدف سند چشم‌انداز است و براساس این سند مقرر شده است که ایران تا سال ۱۴۰۴ رتبه اول را در شاخص‌های مختلف کسب نماید.

جدول ۸. شاخص‌های امید به زندگی و مرگ نوزادان در کشورهای هدف سند چشم‌انداز سال ۱۳۰۱۳

میزان مرگ نوزاد در هر ۱۰۰۰ تولد	امید به زندگی در بدو تولد (سال)			کشور
	زن	مرد	کل	
۱۰/۳	۷۶	۷۲	۷۴	ایران
۱۳/۳	۷۳	۶۶	۶۹	قرقیزستان
۱۵/۹	۷۵	۷۰	۷۲	آذربایجان
۲	۸۴	۸۱	۸۲	رژیم اشغالگر قدس
۲۱/۹	۷۰	۶۸	۶۹	تاجیکستان
۸/۸	۷۳	۶۳	۶۸	قزاقستان
۹/۷	۷۸	۷۱	۷۴	گرجستان
۵/۲	۸۲	۷۸	۸۰	لبنان
۱۱/۲	۷۹	۷۲	۷۵	ترکیه
۸/۸	۷۸	۷۴	۷۶	عربستان سعودی
۴/۷	۷۹	۷۸	۷۸	کویت
۴/۸	۷۸	۷۶	۷۷	امارات متحده عربی
۲/۳	۷۸	۷۶	۷۷	بحرین
۱۱/۲	۷۶	۷۲	۷۴	اردن
۶/۶	۷۹	۷۴	۷۶	عمان
۱۱/۸	۷۴	۶۹	۷۱	مصر
۷/۹	۷۸	۷۳	۷۶	سوریه
۱۸/۷	۷۴	۶۷	۷۰	عراق
۴/۳	۸۰	۷۹	۷۹	قطر
۳۶/۳	۶۲	۶۱	۶۱	افغانستان
۴۲	۶۷	۶۵	۶۶	پاکستان

۵. اهم چالش‌های حوزه سلامت

۵-۱. تولیتی و سیاستی

۵-۱-۱. ضعف در ابعاد تولید نظام سلامت از جمله عملکرد نامناسب رهبری بین‌بخشی (فقدان همکاری بین‌بخشی مناسب در راستای کاهش عوامل خطرزای سلامت) و جدی نگرفتن امر پایش و نظارت بر عملکرد و فعالیت‌ها دو موضوع بسیار مهمی هستند که تقویت آنها منجر به کنترل بهتر عوامل خطر بیماری‌ها، ارتقای سطح سلامت جامعه و استفاده بهینه از منابع نظام سلامت خواهد شد.

۵-۱-۲. اولویت اقدامات فوری بر اقدامات راهبردی: می‌توان ادعا کرد که اسناد بالادستی و قوانین موجود در حوزه سلامت کفایت سیاستگذاری صحیح و بلندمدت در این حوزه را دارند ولی در عمل شاهد هستیم که سیاستگذاری‌ها بیشتر سلیقه‌ای است.

۵-۱-۳. اولویت درمان بر پیشگیری: رویکرد نظام سلامت در ایران درمان‌محور و تخصص‌گراست زیرا در حال حاضر شاهد افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر بیش از متوسط جهانی هستیم این در حالی است که لازم است با همکاری‌های بین‌بخشی، کاهش و کنترل عوامل خطر در سطح سیاستگذاری، صنعت، جامعه و فرد در راستای بهبود سبک زندگی ضمن ارتقای کیفیت زندگی افراد جامعه و کنترل روند بروز این بیماری‌ها، در هزینه‌های نظام سلامت هم صرفه‌جویی کرد.

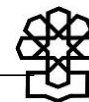
۵-۲. تأمین مالی، ارائه خدمت

۵-۲-۱. ناپایداری منابع مالی مورد نیاز

منابع مالی اختصاص یافته به سلامت بسیار پیچیده، پراکنده و ناهماهنگ است. البته در سال‌های اخیر، سلامت از اولویت‌های دولت به‌شمار می‌آید و منابع مالی بیشتری از محل ۱۰ درصد درآمد حاصل از هدفمندی یارانه‌ها و ۱ درصد مالیات بر ارزش‌افزوده به نظام سلامت تزریق شده است. همچنین اعتبارات در نظر گرفته شده از منابع دیگر از قبیل ماده (۳۷) قانون برنامه پنجم توسعه، عوارض بر سیگار و نوشابه‌های گازدار و... که سالیانه در لایحه بودجه دولت در ردیف‌های متفرقه لحاظ می‌شود.

۵-۲-۲. افزایش کسری اعتبارات سازمان‌های بیمه‌گر

به دلیل عدم رشد متناسب تعرفه‌ها با سرانه از محل منابع عمومی برای صندوق‌های بیمه درمانی شاهد بدهی یا تأخیر در پرداخت بیمه‌ها به بیمارستان‌ها و مراکز ارائه‌کننده خدمات بوده‌ایم. با ابلاغ کتاب جدید ارزش نسبی خدمات این کسری‌ها رشد تصاعدی پیدا کرده‌اند.



۳-۲-۵. افزایش سهم پرداخت از جیب مردم

براساس گزارش حساب‌های ملی سلامت سال ۱۳۹۰ مرکز آمار، سهم پرداخت از جیب بیمار از کل هزینه‌های سلامت ۵۶ درصد بوده است.

هرچند براساس اعلام مسئولین وزارت بهداشت سهم پرداخت از جیب مراجعین به بخش بستری در مراکز دولتی به حدود ۶ درصد از کل صورتحساب بیمار کاهش یافته است اما در بخش‌های سرپایی و مراکز بستری خصوصی [که بعضاً به دلیل عدم ارائه خدمت در بخش دولتی بیمار ناگزیر از مراجعه به بخش خصوصی است] به نظر می‌رسد همچنان این درصد بالا است.

۴-۲-۵. بار مالی ناشی از پرداخت‌های غیررسمی مردم به ارائه‌دهندگان خدمت

در کنار پرداخت‌های مستقیم رسمی، رقم پرداخت‌های غیررسمی گرچه مشخص نیست، باری بر دوش مردم است و معمولاً برای داروهای اضافی، خدمات تشخیصی و جراحی‌ها پرداخت می‌شود. پرداخت‌های غیررسمی، گاه برای فرار از صف انتظار یا دست یافتن به کیفیت بیشتر خدمات صورت می‌گیرد.

۵-۲-۵. عدم یکپارچگی بیمه‌های سلامت و همچنین نگرش غلط آنها

علیرغم اهمیت ادغام بیمه‌ها و تأکید آن در برنامه پنجم توسعه، این سیاست در حد شعار باقی مانده است و باعث ایجاد ناهماهنگی در اجرای هماهنگ پزشک خانواده برای کلیه افراد تحت پوشش شده است. از طرف دیگر، سازمان‌های بیمه‌گر دیدگاه درمان‌نگر دارند و کمتر سلامت‌محور هستند.

۶-۲-۵. نامناسب بودن نظام پرداخت به پزشکان

در حال حاضر نظام غالب پرداخت به پزشکان در کشور از نوع پرداخت به ازای هر واحد خدمت (FFS) است. این نظام پرداخت از سازوکارهای پرداخت گذشته‌نگر و متغیر است که براساس قیمت تمام شده خدمت، هزینه ارائه‌کنندگان بازپرداخت می‌شود، بنابراین انگیزه ارائه‌دهندگان جهت کاهش هزینه‌ها حداقل است. این نوع نظام پرداخت، سبب ارائه بیش از حد خدمات غیرضروری (تقاضای القایی)، کاهش میزان تداوم و جامعیت خدمت و همچنین مدیریت پرهزینه می‌شود.

۷-۲-۵. اشتغال همزمان پزشکان در بخش دولتی و خصوصی

با وجود شناخت اهمیت تأثیر ممنوعیت چندشغله بودن پزشکان بر کنترل هزینه‌های نظام سلامت، افزایش کیفیت خدمات بالینی، کاهش تقاضای القایی و.. شاهد وجود این مسئله در نظام سلامت هستیم.

۸-۲-۵. طراحی نظام ارجاع با رویکرد نامناسب و تا سطح ناکامل

برنامه پزشک خانواده با محوریت نظام ارجاع از طریق بیمه روستاییان و عشایر و ساکنین مناطق

شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۱۳۸۴ در روستاها و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر در کشور آغاز شد و در حال حاضر در دو استان فارس و مازندران در حال اجراست. لکن از کل ویژگی‌های پزشک خانواده (از جمله رویکرد سلامت‌نگر و خانواده‌محور در تصمیم‌گیری‌های بالینی، کنترل پزشک متخصص توسط پزشک عمومی و...) به‌عنوان یک اصل برخوردار نیست. از طرف دیگر اجرا نشدن آن در کل کشور می‌تواند مانعی برای اجرای اثربخش آن به‌شمار آید.

۹-۲-۵. عدم استقرار پرونده الکترونیک سلامت

علیرغم اهمیت پرونده الکترونیک سلامت به‌عنوان زیرساخت برنامه‌هایی از جمله نظام ارجاع، مدیریت ارائه‌دهنده و گیرندگان خدمت و تکلیف آن در قانون برنامه پنجم توسعه در حال حاضر شاهد استقرار آن نیستیم.

۳-۵. تقنینی

۱-۳-۵. عدم کارآمدی برخی قوانین موجود در حوزه سلامت

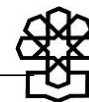
بررسی‌ها نشان می‌دهد برای سیاستگذاری صحیح در حوزه سلامت نیازمند وضع قوانین جدید نیستیم ولی برخی از قوانین به‌دلیل قدمت بسیار آنها کارایی لازم برای مسائل امروز را ندارند. به‌طور مثال اصلاح قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و خوردنی و آشامیدنی در دستور کار مجلس هشتم بوده و هنوز نهایی نشده است. همچنین جرائم در نظر گرفته شده در برخی قوانین به‌دلیل گذشت زمان دیگر جنبه تنبیهی و بازدارندگی خود را از دست داده‌اند.

۲-۳-۵. ضعف نظارت بر عملکرد قوانین پنج‌ساله توسعه

بررسی متن و سیر تدوین احکام حوزه سلامت از قانون برنامه اول تا پنجم توسعه نشان می‌دهد طی این سال‌ها تأثیرپذیری آنها از شواهد علمی و نظرات کارشناسی بیشتر شده است و این دقت و اقدام کارشناسی در هر دو سطح دولت و مجلس صورت گرفته است ولی همان‌طور که پیش‌تر نیز اشاره شد متأسفانه در عمل، دولت کاملاً سلیقه‌ای سیاستگذاری می‌کند و مجلس به‌دلیل ضعف در بُعد نظارتی خود واکنش به‌هنگامی نشان نمی‌دهد.

۴-۵. متأثر از مؤلفه‌های اجتماعی

تغییر نیازهای سلامتی جامعه: نیازهای سلامتی جامعه متأثر از تغییر ترکیب جمعیتی به سمت سالمندی و عوامل خطر بیماری‌های مزمن از جمله مصرف سیگار، قلیان و الکل، کم‌تحركی و چاقی، فشار خون بالا، رژیم غذایی ناسالم منجر به تغییر الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های غیرواگیر



از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن تنفسی و دیابت، سلامت روان، حوادث ترافیکی شده است. تغییر الگوی انتقال بیماری‌های واگیردار از جمله ویروس HIV - ایدز و حاشیه‌نشینی ناشی از مهاجرت از چالش‌های سلامتی مهم در جامعه کنونی ایران به‌شمار می‌روند.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

تأمین سلامت در همه ابعاد آن، در شرایطی که تنها ۲۵ درصد آن مربوط به برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات مستقیم وزارت بهداشت می‌باشد و با توجه به آنچه از تغییرات الگوی بیماری‌ها و عوامل خطر آنها و مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت جامعه گفته شد، اقدامی مهم، دشوار و نیازمند مدیریت مدبرانه است و با توجه به محدودیت منابع و افزایش تقاضا ضرورت دارد. سرمایه‌گذاری در حوزه پیشگیری، آن هم به‌طور کارآمد و همه‌جانبه (در سطح سازمان‌ها، جامعه، صنایع، خانواده و فرد) در اولویت دولت و مجلس قرار بگیرد.

از سوی دیگر سیاستگذاری و قانونگذاری بدون استناد به شواهد معتبر علمی نتیجه‌ای بجز هدر دادن منابع نخواهد داشت. پس نیازمند آن هستیم که بانک‌های اطلاعاتی موجود در حوزه سلامت کارآمدتر و به‌روزتر شود تا منجر به تصمیم درست در زمان درست شود و مهمتر اینکه تقویت بُعد نظارت در هر دو سطح دولت و مجلس برای حصول نتایج مؤثرتر و پایدارتر در حوزه سلامت، امری انکارناپذیر است.

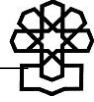
دو طرح مهم پزشک خانواده و تحول نظام سلامت فرصت‌ها و تهدیدهایی برای نظام سلامت ایجاد کرده‌اند که لازم است جهت اجرای بهتر مورد ارزیابی و بازنگری قرار گیرند.

ابلاغ سیاست‌های کلان سلامت قبل از برنامه ششم توسعه، ایجاب می‌کند برشی پنج‌ساله از یک برنامه بیست‌ساله برای رسیدن به اهداف این سند در دستور کار دولت و مجلس قرار بگیرد و طبعاً قرار دادن موادی از آن که به اصلاحات جامع‌تر می‌پردازد از قبیل تفکیک وظایف، پیوست سلامت، نگاه سلامت‌محور در همه سیاستگذاری‌ها و قانونگذاری‌ها در برش پنج‌سال اول امری منطقی است و اکنون که اجرای برنامه پنجم یک سال تمدید شده است و فرصت برای بررسی کارشناسی‌تر برنامه ششم توسعه باقی است لازم است مواد مذکور مدنظر قرار گیرد.

پیوست

فهرست برخی گزارش‌های مرکز پژوهش‌های مجلس در حوزه سلامت

۱. ضرورت توجه به بیماری‌های غیرواگیر در سیاستگذاری بخش سلامت.
۲. نگاهی بر قانونگذاری بخش سلامت در هشت دوره مجلس شورای اسلامی.
۳. مروری بر عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در احصای قیمت تمام شده خدمات و واگذاری تصدی‌ها (در قالب مواد (۱۳) و (۱۶) قانون مدیریت خدمات کشوری).
۴. بررسی تأثیر اجرای طرح هیئت امنایی بر عملکرد بیمارستان با استفاده از تحلیل سری‌های زمانی فاصله‌دار ارزیابی وضعیت نظام دارویی کشور.
۵. نگاهی به اشتغال همزمان پزشکان در بخش دولتی و خصوصی و چالش‌های اجرای قانون ممنوعیت آن.
۶. بررسی و مقایسه بهره‌مندی دهک‌های مختلف هزینه‌ای از خدمات سلامت در ایران (در قالب هزینه‌های مصرفی خانوارهای روستایی و شهری) - ویرایش دوم.
۷. سیاست تمرکززدایی در بیمارستان‌ها و تجربیات ایران و سایر کشورها.
۸. ارزیابی وضعیت بازار دارویی کشور در انطباق با سیاست‌های کلی نظام سلامت و اقتصاد مقاومتی
۹. فرصت‌ها و چالش‌های بازبینی نظام تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی از دیدگاه صاحب‌نظران نظام سلامت.
۱۰. تصویری از وضعیت HIV/ایدز در ایران.
۱۱. تحلیلی بر روند تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی و درمانی در ایران با تأکید بر سال‌های (۱۳۸۰-۱۳۹۳).
۱۲. بررسی علل بالا بودن سهم پرداخت از جیب مردم در بخش سلامت و راهکارهای کاهش آن
۱۳. نگاهی به مشارکت بخش خصوصی و دولتی در بخش بیمارستانی با تأکید بر بیمارستان‌های زنجیره‌ای.
۱۴. تحلیل وضعیت طب سنتی، طب مکمل یا جایگزین در ایران.
۱۵. نگاهی به حساب‌های ملی سلامت ۱۳۸۰-۱۳۸۴.
۱۶. چالش‌ها و راهکارهای دستیابی به اهداف قوانین جاری و توسعه کشور در حوزه سلامت.
۱۷. گزیده‌ای از گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت (مراقبت اولیه سلامت، اکنون بیش از هر زمان دیگر).
۱۸. لایحه بودجه سال ۱۳۹۵ کل کشور (بودجه بخش بهداشت و درمان).
۱۹. پیش‌بینی تأثیرپذیری بخش سلامت از هدفمندسازی یارانه‌ها.



منابع و مأخذ

۱. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، پوشش همگانی سلامت در ایران، ۱۳۹۴.
۲. سایت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، گزارش بهره‌مندی از خدمات سلامت، ۱۳۹۴.
3. World Health Statistics, 2015.



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۴۸۸۱

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: با نمایندگان مردم در مجلس دهم ۲۳. حوزه بهداشت و درمان

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین کنندگان: مریم رهبری، لیدا شمس

ناظران علمی: علی اخوان بهبهانی، ایروان مسعودی اصل

متقاضیان: کمیسیون بهداشت و درمان، کمیسیون اجتماعی

ویراستار تخصصی: _____

ویراستار ادبی: _____

واژه‌های کلیدی: _____



تاریخ انتشار: ۱۳۹۵/۳/۲۲