

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اصول و مبانی سیاست ملی سلامت (مطالعه تطبیقی)

محمد حسن طریقت منفرد

علی اخوان بهبانی

علی حسن زاده

دفتر مطالعات اجتماعی

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

طریقت منفرد، محمدحسن
اصول و میانی سیاست ملی سلامت: (مطالعه تطبیقی) / مؤلفان محمدحسن
طریقت منفرد، علی اخوان بهبهانی، علی حسن‌زاده. -- تهران: مجلس شورای
اسلامی، مرکز پژوهش‌ها، ۱۳۸۷.
۲۳۰ ص.: جدول. - (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۸۷/۵۰)
ISBN: 978-964-8427-36-3: ۳۶۰۰۰ ریال
فهرست نویسی براساس اطلاعات فیبا.
کتابنامه: ص. [۲۲۹]-۲۳۰.
۱. بهداشت - ایران - برنامه‌ریزی. الف. اخوان بهبهانی، علی، نویسنده همکار.
ب. حسن‌زاده، علی، نویسنده همکار. ج. مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهش‌ها،
دفتر مطالعات اجتماعی. د. عنوان.
ط۹الف / RA ۳۹۵
۱۳۸۷

عنوان: اصول و میانی سیاست ملی سلامت (مطالعه تطبیقی)
مؤلفان: محمدحسن طریقت منفرد، علی اخوان بهبهانی، علی حسن‌زاده
ناشر: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی
مدیر نشر: عبدالرضا فاضلی
نوبت چاپ: اول، بهار ۱۳۸۷
تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه
چاپ: نگاران شهر
قیمت: ۳۶۰۰۰ ریال

مسئولیت صحت مطالب کتاب با مؤلفان است.
کلیه حقوق برای مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی محفوظ است.

فهرست مطالب

پیشگفتار ناشر	۱
مقدمه	۳
فصل اول معرفی پژوهش	۵
۱-۱ بیان مسئله	۷
۱-۲ فرایند انجام پژوهش	۹
۱-۳ فرایند تنظیم سیاست ملی سلامت	۱۲
۱-۳-۱ بیان مسئله	۱۳
۱-۳-۲ تشخیص علل مسائل	۱۳
۱-۳-۳ تدوین سیاست	۱۵
۱-۳-۴ تصمیم‌گیری سیاسی	۱۷
۱-۳-۵ اجرا	۱۷
۱-۳-۶ ارزشیابی	۱۸
فصل دوم اصول سیاست‌گذاری در جهان و روند تاریخی آن	۱۹
۲-۱ تعریف سیاست، مدیریت و برنامه‌ریزی	۲۱
۲-۲ نگرش‌های مختلف به موضوع سلامت	۲۲
۲-۳ وظایف دولت‌ها	۲۳
۲-۴ زمینه‌های سیاست‌گذاری	۲۵
۲-۴-۱ مراقبت‌های اولیه سلامت	۲۶
۲-۴-۲ اصول حاکم بر مراقبت‌های اولیه سلامت	۳۰
۲-۴-۳ موانع استقرار خدمات اولیه سلامت	۳۵
۲-۴-۴ اصلاحات در بخش سلامت	۳۶
فصل سوم تجارب جهانی در تنظیم سیاست ملی سلامت	۴۵
۳-۱ سیاست خدمات طب ملی انگلستان	۴۷
۳-۱-۱ اصول کلی	۴۷
۳-۱-۲ اهداف و مقاصد عملیاتی	۴۹
۳-۲ سیاست سلامت آمریکا	۵۰
۳-۲-۱ اهداف کلان سیاست سلامت	۵۱

۵۲.....	۳-۲-۲ نشانه‌های پیشرو در بخش سلامت
۵۷.....	فصل چهارم سیاست سلامت در ایران از منظر قوانین جاری
۵۹.....	۴-۱ قانون اساسی
۶۰.....	۴-۲ سند چشم‌انداز
۶۱.....	۴-۳ برنامه چهارم توسعه
۶۲.....	۴-۳-۱ مواد بخش سوم (برنامه)
۷۱.....	۴-۳-۲ سایر مواد مرتبط
۷۴.....	۴-۴ اهداف و راهبردهای کلان در برنامه چهارم توسعه
۷۴.....	۴-۴-۱ رشد سریع، مستمر و پایدار
۷۷.....	۴-۴-۲ توسعه مبتنی بر دانایی
۷۹.....	۴-۴-۳ تعامل فعال با اقتصاد جهانی
۸۰.....	۴-۴-۴ رقابت‌پذیر کردن اقتصاد
۸۱.....	۴-۴-۵ امنیت انسانی و عدالت اجتماعی
۸۱.....	۴-۴-۶ ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی
۸۴.....	۴-۴-۷ محیط زیست و توسعه پایدار
۸۴.....	۴-۴-۸ توسعه مدیریت دولتی
۸۶.....	۴-۴-۹ تعادل و توازن منطقه‌ای براساس موازین آمایش سرزمین
۸۷.....	۴-۵ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی
۸۹.....	۴-۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
۹۳.....	۴-۷ منشور حقوق بیمار
۹۴.....	۴-۸ تعهدات بین‌المللی
۹۵.....	۴-۸-۱ آرمان‌های توسعه هزاره
۹۹.....	فصل پنجم تبیین وضع موجود نظام سلامت
۱۰۱.....	۵-۱ خدمات بهداشتی
۱۰۲.....	۵-۲ خدمات بالینی
۱۰۳.....	۵-۳ علل مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌ها
۱۰۵.....	۵-۴ نقاط ضعف و چالش‌های اصلی
۱۰۶.....	۵-۴-۱ عدالت، دسترسی و رضایتمندی
۱۰۷.....	۵-۴-۲ ساختار و نیروی انسانی
۱۰۹.....	۵-۴-۳ کارایی و کیفیت خدمات

۵-۴-۴	مدیریت و پاسخ‌گویی	۱۱۰
۵-۵	نظرات خبرگان و دست‌اندرکاران	۱۱۱
۵-۶	نقاط قوت و فرصت‌های فرارو	۱۱۲
فصل ششم دارو و تجهیزات پزشکی		
۶-۱	مداخلات بخش تقاضا	۱۱۸
۶-۱-۱	هدفمند کردن یارانه‌ها	۱۱۸
۶-۱-۲	ترویج فرهنگ مصرف منطقی دارو	۱۱۸
۶-۲	مداخلات بخش عرضه	۱۱۹
۶-۲-۱	داروهای اساسی	۱۱۹
۶-۲-۲	تأمین دارو	۱۲۰
۶-۳	رژیم‌های انگیزشی و قیمت‌گذاری	۱۲۰
۶-۳-۱	رژیم‌های انگیزشی	۱۲۱
۶-۳-۲	کنترل قیمت‌ها	۱۲۲
۶-۴	نقاط ضعف و چالش‌ها	۱۲۲
۶-۴-۱	قیمت دارو	۱۲۲
۶-۴-۲	مراکز تک‌نسخه‌ای	۱۲۲
۶-۴-۳	بازار مصرف	۱۲۳
۶-۴-۴	صنعت داروسازی	۱۲۳
۶-۵	راهکارهای پیشنهادی	۱۲۴
۶-۵-۱	بخش تقاضا	۱۲۴
۶-۵-۲	بخش عرضه	۱۲۴
۶-۵-۳	انگیزش و قیمت‌گذاری	۱۲۵
۶-۶	تجهیزات پزشکی	۱۲۵
فصل هفتم آموزش علوم پزشکی		
۷-۱	آموزش علوم پزشکی در ایران	۱۳۱
۷-۱-۱	پذیرش بدون ضابطه دانشجو	۱۳۱
۷-۱-۲	بیکاری فارغ‌التحصیلان	۱۳۲
۷-۱-۳	ویژگی نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی	۱۳۳
۷-۲	اصلاح نظام آموزش پزشکی	۱۳۳
۷-۳	ویژگی‌های نظام آموزش پزشکی جامعه‌نگر	۱۳۶

فصل هشتم طب مکمل	۱۳۹
۸-۱ طب مکمل در برخی کشورهای جهان	۱۴۱
۸-۱-۱ آلمان	۱۴۱
۸-۱-۲ فرانسه	۱۴۲
۸-۱-۳ انگلستان	۱۴۳
۸-۱-۴ استرالیا	۱۴۳
۸-۲ طب مکمل در ایران	۱۴۴
۸-۲-۱ طب سوزنی	۱۴۴
۸-۲-۲ طب سنتی و مکمل	۱۴۶
۸-۲-۳ گیاهان دارویی	۱۴۷
۸-۳ چالش‌ها و فرصت‌ها	۱۴۷
فصل نهم تأمین منابع مالی و تجمیع ریسک	۱۵۵
۹-۱ رهیافت‌های تجمیع ریسک	۱۵۸
۹-۱-۱ عدم تجمیع ریسک	۱۵۸
۹-۱-۲ تجمیع ریسک واحد	۱۵۹
۹-۱-۳ تجمیع ریسک پراکنده	۱۵۹
۹-۱-۴ تجمیع ریسک ادغام‌یافته	۱۶۰
۹-۲ کالای سلامتی	۱۶۰
۹-۲-۱ کالاهای عمومی	۱۶۰
۹-۲-۲ کالاهای عمومی جهانی	۱۶۱
۹-۲-۳ کالاهای شبه‌عمومی	۱۶۲
۹-۲-۴ کالاهای خصوصی	۱۶۳
۹-۳ نحوه تأمین منابع در کشورهای مختلف	۱۶۴
۹-۳-۱ تقسیم‌بندی الگویی	۱۶۴
۹-۳-۲ تقسیم‌بندی منطقه‌ای	۱۶۵
۹-۴ روش‌های جمع‌آوری و تجمیع منابع	۱۶۷
۹-۴-۱ سازوکارهای پرداخت‌کننده واحد	۱۶۸
۹-۴-۲ سازوکارهای پرداخت‌کننده متعدد	۱۶۸
۹-۵ ملاحظات در مورد کشورهای متوسط و کم‌درآمد	۱۷۰
۹-۵-۱ تأمین منابع	۱۷۱
۹-۵-۲ تجمیع ریسک	۱۷۲

۱۷۳	 خرید ۹-۵-۳
۱۷۳	 همبستگی اجتماعی ۹-۵-۴
۱۷۴	 نحوه ارتباط متغیرهای پولی و منابع (در کشورهای متوسط و کم‌درآمد) ۹-۶
۱۷۵	 نحوه تأمین منابع مالی و تجميع ريسک در ايران ۹-۷
۱۷۹	 روش سرانه ۹-۷-۱
۱۷۹	 روش درصدی از دستمزد ۹-۷-۲
۱۸۱	فصل دهم نظام پرداخت به فراهم‌کنندگان خدمات
۱۸۴	 ۱۰-۱ انواع نظام‌های پرداخت
۱۸۴	 ۱۰-۱-۱ پرداخت کارانه
۱۸۵	 ۱۰-۱-۲ پرداخت گروه‌بندی شده (مبتنی بر تشخیص)
۱۸۵	 ۱۰-۱-۳ پرداخت سرانه
۱۸۶	 ۱۰-۱-۴ پرداخت حقوق
۱۹۱	 ۱۰-۲ وضعیت نظام پرداخت در ايران
۱۹۳	 ۱۰-۳ اصلاح روش تعرفه‌گذاری خدمات
۱۹۵	فصل یازدهم تغییر رفتار
۱۹۷	 ۱۱-۱ طبقه‌بندی رفتارهای فردی
۱۹۷	 ۱۱-۱-۱ مصرف‌کنندگان
۱۹۸	 ۱۱-۱-۲ ارائه‌کنندگان
۱۹۸	 ۱۱-۱-۳ پذیرش بیمار
۱۹۸	 ۱۱-۱-۴ سبک زندگی
۱۹۹	 ۱۱-۲ محدودیت‌های اهرم تغییر رفتار
۱۹۹	 ۱۱-۲-۱ مشکلات فرهنگی
۱۹۹	 ۱۱-۲-۲ مسائل اخلاقی
۱۹۹	 ۱۱-۲-۳ تأمین عدالت
۲۰۰	 ۱۱-۳ جمع‌بندی
۲۰۱	فصل دوازدهم الزام‌ها و راهبردهای کلان
۲۰۳	 ۱۲-۱ مبانی نظری
۲۰۳	 ۱۲-۱-۱ نظام ارجاع
۲۰۴	 ۱۲-۱-۱-۱ ضرورت اجرای نظام ارجاع
۲۰۹	 ۱۲-۱-۱-۲ فواید نظام ارجاع

۲۱۱	 دلایل مخالفان ۱۲-۱-۱-۳
۲۱۲	 وضعیت بیمه‌های درمان ۱۲-۱-۲
۲۱۲	 اداره بیمارستان‌ها ۱۲-۱-۳
۲۱۴	 الزام‌ها و راهبردها ۱۲-۲
۲۱۴	 سامان‌دهی تولید ۱۲-۲-۱
۲۱۴	 سامان‌دهی مصرف ۱۲-۲-۲
۲۱۴	 تأمین عدالت در دسترسی به خدمات ۱۲-۲-۳
۲۱۴	 حفظ کرامت انسانی ۱۲-۲-۴
۲۱۷	 فصل سیزدهم جمع‌بندی (اصول کلی سیاست ملی سلامت)
۲۱۹	 اصول کلی ۱۳-۱
۲۲۰	 هدف نهایی ۱۳-۱-۱
۲۲۰	 اهداف و مقاصد عملیاتی ۱۳-۲
۲۲۰	 بهبود وضعیت سلامت ۱۳-۲-۱
۲۲۱	 ارائه مؤثر مراقبت‌های مناسب ۱۳-۲-۲
۲۲۳	 ایجاد زیرساخت‌های پایگاه داده‌ای ۱۳-۲-۳
۲۲۳	 تأمین منابع و روش هزینه‌کرد منابع ۱۳-۲-۴
۲۲۳	 نشانگرهای اصلی سلامت ۱۳-۳
۲۲۴	 دسترسی به مراقبت‌های سلامت ۱۳-۳-۱
۲۲۵	 فعالیت فیزیکی ۱۳-۳-۲
۲۲۵	 اضافه وزن و چاقی ۱۳-۳-۳
۲۲۵	 ایمن‌سازی ۱۳-۳-۴
۲۲۶	 کیفیت محیط زیست ۱۳-۳-۵
۲۲۶	 استعمال دخانیات ۱۳-۳-۶
۲۲۷	 اعتیاد به مواد مخدر ۱۳-۳-۷
۲۲۷	 سلامت روان ۱۳-۳-۸
۲۲۸	 حوادث و خشونت ۱۳-۳-۹
۲۲۹	 منابع و مآخذ

پیشگفتار ناشر

در دنیای امروز که تغییرات و تحولات شگرف در زمینه‌های مختلف صورت می‌گیرد، سیستم‌های سازمانی برای کسب موفقیت باید از برنامه‌ریزی‌های آینده‌نگر و محیط‌گرا استفاده نمایند، به‌نحوی که ضمن شناسایی عوامل و تحولات محیطی در افق زمانی بلندمدت، تأثیر آنها بر سازمان و نحوه تعامل سازمان با آنها را مشخص کند.

بخش سلامت نیز از این قاعده مستثنا نیست. سلامت یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های نوع بشر است و نظام سلامت با تعاریف جدید آن نقش روزافزونی در حفظ و ارتقای سطح سلامت در جامعه بر عهده دارد. سلامتی که در کنوانسیون آلماتا (که ایران هم عضو آن است) به‌عنوان محور توسعه شناخته شده، فقط به‌دنبال پیشگیری و درمان بیماری‌ها یا افزایش میزان امید به زندگی نیست، بلکه طول عمری با جسمی سالم، روحیه‌ای شاداب همراه با توان فعالیت کامل در همه عرصه‌های جامعه تا آخرین لحظات زندگی را مدنظر دارد. این پیچیدگی روزافزون نظام سلامت، برنامه‌ریزی مستمر در آن را پیش‌ازپیش ضروری می‌سازد.

برای داشتن یک نظام سلامت کارآمد دانستن اینکه چه امکاناتی داریم، در کجا هستیم، نقطه هدفمان کجاست و در این مسیر چه مشکلاتی را پیش‌رو داریم، ضروری است. همین موضوع باعث شده بسیاری از کشورها اقدام به تدوین سندی تحت عنوان «سیاست ملی سلامت» نمایند.

متأسفانه جای چنین سندی در نظام سلامت کشور ما خالی است. دولت‌های مختلف هریک بنابر نحوه نگرش و سلیقه خود دست به اقداماتی در بخش سلامت می‌زنند و مشخص نیست که آیا دولت بعدی نیز این رویه را ادامه می‌دهد یا خیر؟

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی بنابر وظیفه خود اقدام به جمع‌آوری آرا و نظرات صاحب‌نظران در مورد «سیاست ملی سلامت» کرده است که ماحصل آن به‌صورت کتاب حاضر تقدیم خوانندگان محترم می‌شود. این مختصر حاوی مطالعات تطبیقی در راستای تدوین سند سیاست ملی سلامت است، که امیدوارم به زودی تحقق یابد. هرچند مؤلفان حداکثر تلاش خود را برای عرضه کتابی جامع در این زمینه به‌کار بسته‌اند، ولی مطمئناً این دستاورد عاری از نقص و کاستی نبوده و امید است صاحب‌نظران با ارائه نظرات کارشناسانه خود ما را در پربارتر شدن این مجموعه یاری نمایند.

معاون پژوهشی مرکز

مقدمه

در مهر ماه ۱۳۸۳ تهیه و تدوین سیاست ملی سلامت در ایران بنا به درخواست کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در دستور کار مرکز پژوهش‌های مجلس قرار گرفت. در همین راستا، دفتر مطالعات اجتماعی مرکز برای حصول نتیجه مطلوب، علاوه بر جمع‌آوری مستندات داخلی و بین‌المللی، اقدام به برگزاری جلسات متعددی با حضور صاحب‌نظران، اساتید و دست‌اندرکاران نظام سلامت کرد. در این جلسات آقایان دکتر حمیدرضا جمشیدی، شهرام یزدانی، ناصر محمدی، شهرام توفیقی، سیدجمال‌الدین طبیبی، ابوالقاسم پوررضا، عباس کبریایی‌زاده، مرتضی نیل‌فروشان، غلام‌حسین نیک‌نژاد، احمد شیبانی، علی مظلومی، مرتضی آذرنوش، رسول دیناروند، علی حسن‌زاده، رضا کاشف، عباس وثوق و محسن نقوی حضور یافته و نقطه‌نظرات خود را در این خصوص ارائه نمودند.

سرانجام پس از برگزاری جلسات متعدد و بحث‌های فراوان، پیش‌نویس اصول و مبانی سیاست ملی سلامت توسط آقای دکتر علی حسن‌زاده جمع‌آوری و تدوین شد که با اصلاح و تکمیل در دفتر مطالعات اجتماعی، اکنون به صورت مجموعه حاضر پیش‌روی شماست. تدوین‌کنندگان، این پیش‌نویس را جامع و کامل نمی‌دانند و ضمن سپاسگزاری از همه مشارکت‌کنندگان در امر تهیه و تدوین آن، امیدوارند با دریافت نظرات سازنده همه متخصصان و کارشناسان در جهت تکمیل این پیش‌نویس و نهایی‌سازی آن، قدمی هرچند کوچک در راستای بهبود امر سلامت در کشور بردارند.

فصل اول

معرفی پژوهش

۱-۱ بیان مسئله

سلامت، یکی از اساسی‌ترین نیازهای همه انسان‌هاست و هیچ‌یک از افراد جامعه را نمی‌توان از آن بی‌نیاز دانست. سلامت فرد و جامعه در گرو ارائه خدماتی با کیفیت، مناسب و متناسب با نیاز مردم است. به موجب اصل بیست‌ونهم قانون اساسی، برخورداری از تأمین اجتماعی شامل بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث، سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه، حقی همگانی بوده و دولت موظف است از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی یادشده را برای آحاد جامعه تأمین کند، اما بخش قابل توجهی از توان دولت در این زمینه صرف تأمین و ارائه خدمات شده و بخش سیاست‌گذاری، نظارت و ارزشیابی در آن کم‌رنگ جلوه می‌نماید.

«آمارتیا سن»^۱ برنده جایزه نوبل معتقد است سلامت همانند آموزش از مهارت‌های اساسی محسوب می‌شود که به زندگی انسان‌ها ارزش می‌دهد. به عقیده «کوفی عنان» (دبیر کل سابق سازمان ملل متحد)، سلامت خوب و مناسب، خواسته انسان‌ها اعم از مرد و زن در تمام جهان است و وجود مرگ‌های پیش‌رس ناشی از بیماری و کنترل بیماری‌ها، اولین دل‌مشغولی کلیه جوامع بوده و سلامت جزء حقوق اساسی بشر قلمداد می‌شود. خرد حاکم بر کلیه فرهنگ‌ها «سلامت را ثروت می‌داند»؛^۲ زیرا سلامت موجب ایجاد ظرفیت تکاملی افراد و امنیت اقتصادی آن‌ها در آینده می‌شود. سلامت مبنای بهره‌وری شغلی، ظرفیت یادگیری

1. Amartia Sen

2. Health is Wealth

یادگیری (در مدرسه) و توانایی برای رشد جسمی، روحی و هوشی است. به بیان اقتصادی، سلامت و آموزش دو وجه اساسی سرمایه انسانی است که به قول برندگان جایزه نوبل «تئودور شولتز» و «گری بکر»^۱، مبنای بهره‌وری اقتصادی انسان‌ها بوده و عامل اساسی در کاهش فقر، رشد اقتصادی و توسعه درآمدت اقتصادی در کلیه جوامع محسوب می‌شود.

جهش‌های بزرگ در تاریخ اقتصاد کشورها مانند رشد سریع انگلستان بعد از انقلاب صنعتی، رشد سریع آمریکا و ژاپن در اوایل قرن بیستم و ... مدیون بهبود در سلامت عمومی، کنترل بیماری‌ها و بهبود تغذیه (که موجب افزایش انرژی و بهره‌وری نیروی کار و کاهش آسیب‌پذیری در مقابل عفونت‌ها می‌شود) بوده است. هزینه اقتصادی بیماری‌های قابل پیشگیری بسیار بالاست، بیماری موجب کاهش میزان درآمد سرانه و نیز درآمد افراد در طول زندگی آن‌ها می‌شود. در کشورهای در حال توسعه، بیماری‌های مسری، مرگ مادران و سوءتغذیه، فقرا را بیشتر در معرض آسیب قرار می‌دهد و این گروه بیشتر در معرض مخاطرات حاصل از بیماری قرار می‌گیرند؛ زیرا اولاً، اطلاع و دسترسی کمتری به بهداشت، تغذیه، زندگی سالم و مراقبت‌های درمانی دارند. ثانیاً، به دلیل هزینه بالا کمتر به دنبال درمان بیماری خود هستند و ثالثاً، پرداخت مستقیم هزینه‌های درمانی، آن‌ها را بیشتر در ورطه فقر فرو می‌برد.

برآوردهای آماری نشان می‌دهد، هر ده درصد بهبود در میزان امید به زندگی در بدو تولد،^۲ حداقل ۰/۳ تا ۰/۴ رشد اقتصادی را — البته در صورت ثابت بودن سایر عوامل — به همراه دارد. رشد اقتصادی نه تنها نیازمند سلامت و آموزش است، بلکه به سایر سرمایه‌گذاری‌های مکمل مانند تقسیم مناسب نیروی کار بین بخش عمومی و خصوصی، بازارهای با کارکرد مناسب، حکومت خوب و ترتیبات نهادی برای تشویق پیشرفت فناوری هم نیاز دارد. بنابراین، اگرچه نمی‌توان گفت سرمایه‌گذاری در بخش سلامت می‌تواند مشکلات مربوط به توسعه را حل کند، ولی می‌توان ادعا کرد که، سرمایه‌گذاری در این بخش باید به نقطه محوری توسعه و استراتژی‌های مربوط به فقرزدایی تبدیل شود. همچنین، در کشور ما حدود ۵/۷ درصد از تولید ناخالص داخلی صرف هزینه‌های

1. Theodor Schultz & Gary Baker

2. Life Expectancy at Birth (LEB)

بهداشت و درمان می‌شود، ولی مطالعه هزینه‌های خانوار، بیانگر آن است که حدود ۵۴ درصد از هزینه‌های مربوط به سلامت به‌صورت مستقیم توسط مردم پرداخت شده^۱ و سه درصد از خانوارها به‌ناچار متحمل هزینه‌های کمرشکن^۲ ناشی از بروز بیماری‌ها می‌گردند. ساختار نظام بهداشت و درمان کشور، با توجه به جدا بودن مراقبت‌های اولیه از درمان‌های بعدی و تداخل تعهدات بیمه‌های پایه و مکمل و سازوکارهای متعدد تأمین منابع برای ارائه خدمات سلامت، موجب بروز ناکارآمدی در عرصه سلامت کشور شده، و نبود سیاست واحد در بخش سلامت، این بخش را به‌شدت تهدید می‌کند. مجموعه این عوامل، تهیه و تدوین «سیاست ملی سلامت» را برای کشور اجتناب‌ناپذیر می‌نماید.

۱-۲ فرایند انجام پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعات تطبیقی و کتابخانه‌ای است که به‌منظور نقد و بررسی روند جاری در برنامه‌ریزی بهداشت و درمان کشور و بهره‌گیری از تجربه کشورهای موفق در این زمینه با طی مراحل زیر انجام شده است:

۱. بررسی اصول سیاست‌گذاری در جهان و روند تاریخی آن،
 ۲. بررسی تجارب جهانی در تنظیم سیاست ملی سلامت از طریق بررسی چگونگی تنظیم سیاست ملی سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، سازمان ملل متحد (اهداف جهانی توسعه هزاره) و اصول حاکم بر آن در کشورهای انگلستان و آمریکا،
 ۳. وضع موجود سیاست‌گذاری درخصوص سلامت از منظر قانون اساسی، قانون برنامه چهارم توسعه و قوانین موجود در کشور،
 ۴. تبیین وضع موجود و بررسی نقاط قوت و ضعف آن،
 ۵. تهیه و تدوین «سیاست ملی سلامت» برای جمهوری اسلامی ایران با بهره‌گیری از نتایج حاصل از مراحل یادشده،
- به‌منظور تنظیم «سیاست ملی سلامت»، در ابتدا ضرورت دارد به پرسش‌هایی پاسخ

1. Out Of Pocket (OOP)

2. Catastrophic Cost

داده شود. این پرسش‌ها کلیت نظام موجود و نگاه آرمانی را تصویر می‌کند:

۱. اصول اساسی نظام سلامت کدامند؟ و این اصول بر چه فلسفه‌ای استوارند؟
۲. با توجه به این اصول، نگاه و رسالت ما^۱ چیست؟ و دورنما و کیفیت مراقبت‌های پیشگیرانه، اولیه، بیمارستانی، درازمدت و ... چگونه است؟
۳. جایگاه بیمار در کجای نظام سلامت قرار دارد؟
 - منشور حقوق بیمار چگونه تعریف می‌شود؟ آیا بیمار نیازمند اطلاعات باز، روشن و اضافی است؟ چگونه می‌توان حق انتخاب وی را بیشتر کرد؟ و حق او به‌عنوان انسان چگونه تعریف می‌شود؟
 - استانداردهای حرفه‌ای مربوط به پزشکان و سایر کارکنان بخش سلامت چگونه تعریف می‌شود؟
 - ۴. جایگاه پزشکان به‌عنوان ایفاکنندگان نقش اصلی در تأمین مراقبت‌ها در نظام سلامت چگونه است؟ و چگونه باید باشد؟
 - آیا نگاه به پزشکان عمومی، نگرشی به‌عنوان پزشک خانواده است؟ و آیا اهتمام جدی برای استقرار آن وجود دارد؟
 - آیا قراردادهای نیازمند بازنگری است؟ و آیا دو یا چندشغله بودن پزشکان و ایفای نقش‌های متفاوت توسط آنان به نفع نظام سلامت است؟
 - ۵. جایگاه پیراپزشکان و سایر کارکنان بخش سلامت چگونه تعریف می‌شود؟ و نظام پزشکی، نظام پرستاری و انجمن‌های علمی در کجای این سازوکار قرار دارد؟
 - ۶. وضعیت نظام سلامت چگونه است؟
 - تاکنون به چه نکاتی دست یافته‌ایم؟ و نگاه عمومی و کارکنان بخش سلامت در مورد سازوکار آن چیست؟
 - آیا نظام موجود می‌تواند پاسخ‌گوی نیازهای هزاره سوم باشد؟
 - ۷. سرمایه‌گذاری در بخش نیروی انسانی چگونه خواهد بود؟
 - در آینده به چه تعداد نیرو نیاز داریم؟ سیاست‌گذاری مربوط به آن با توجه به

نیروی مازاد چه خواهد شد؟ به چه تعداد دانشکده نیازمندیم؟ و برای ایجاد بهره‌وری مناسب در نیروی انسانی، نحوه و میزان پرداخت‌ها چگونه باید باشد؟

۸. گزینه‌های مختلف برای تأمین منابع مالی کدامند؟

- نظام‌های مختلف تأمین منابع مالی در جهان کدامند؟ کشورها در این خصوص با چه فشارهایی مواجهند؟ و آیا نظام موجود کارآمد و مناسب است؟

- آیا نیاز به اصلاح در این زمینه احساس می‌شود؟ گزینه‌های پیشنهادی کدامند؟

۹. چگونه در بخش سلامت سرمایه‌گذاری کنیم؟

- نحوه گسترش خدمات سلامت از نظر تعداد تخت بیمارستانی و مراکز مورد نیاز اعم از خصوصی، دولتی و تعاونی و نیز نظام فناوری اطلاعات و ارتباطات^۱ در بخش بهداشت و درمان در ده سال آینده چگونه خواهد بود؟

- بیمارستان‌ها و مراکز درمانی موجود چه وضعیتی خواهند داشت؟

- سرمایه‌گذاری در تکنولوژی‌های جدید و نحوه ورود آن‌ها به کشور با توجه به منابع موجود چگونه خواهد بود؟

۱۰. برای ایجاد تغییر در نظام سلامت، نحوه نگرش به موضوع توزیع مسئولیت‌ها چگونه خواهد بود؟

- اهداف کلیدی ملی در نظام سلامت کدامند؟ و آیا سیاست عدم تمرکز اتخاذ می‌شود؟

- نظام کنترل و پایش چگونه خواهد بود؟

۱۱. نحوه ارتباط نظام سلامت و بخش خدمات اجتماعی چگونه است؟

- آیا ضرورتی برای ادغام بیمه‌ها و خدمات اجتماعی در نظام سلامت وجود دارد؟

- نقطه‌نظرات دست‌اندرکاران صندوق‌های بیمه‌ای مختلف چیست؟

۱۲. نحوه ارتباط و تعامل بین نظام سلامت، حاکمیت، بخش دولتی و بخش خصوصی چگونه است؟

- آیا نیاز به همکاری وجود دارد؟ مشارکت بخش خصوصی و دولتی در ارائه خدمات جدید به بیماران چگونه باید باشد؟

- نگاه به سایر بخش‌های اثرگذار در نظام سلامت مانند: ایمنی راه‌ها، کشاورزی، تغذیه، محیط زیست، ترافیک، صنعت (به‌خصوص صنعت خودرو) و ... چگونه است؟
- ۱۳. نظام سلامت را چگونه می‌توان ارتقا بخشید و نابرابری‌های موجود در آن را از میان برداشت؟
- هدف ملی برای حذف نابرابری‌های بخش سلامت چیست و چگونه سیاست‌گذاری می‌شود؟
- چگونه می‌توان منابع مربوط به بخش سلامت را در مناطق محروم افزایش داد؟
- چگونه می‌توان خدمات مربوط به سلامت را در مناطق محروم با مناطق برخوردار یکسان کرد؟
- نحوه نگرش به گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان، زنان، سالمندان، فقرا و ... در نظام سلامت چگونه است و چگونه باید باشد؟
- ۱۴. اولویت‌های کلینیکی در نظام سلامت کدامند و چگونه اولویت‌بندی می‌شوند؟
- اولویت‌بندی و غربالگری بیماری‌ها و نحوه پرداختن به آن‌ها چگونه است؟
- برای تحقق موارد یادشده چه سرمایه‌گذاری صورت گرفته است؟
- ۱۵. نحوه ارتباط میان طب پیشگیری، خدمات درمانی، حوادث و بیماری‌های شغلی و بازتوانی چگونه است؟
- نحوه نگرش به سلامت فردی و اجتماعی و عوامل اثرگذار بر محیط آن (فیزیکی، اجتماعی، روانی و معنوی) چگونه است؟

۳-۱ فرایند تنظیم سیاست ملی سلامت

فرایند تنظیم سیاست ملی سلامت مستلزم بررسی و در صورت لزوم، تغییر در سیاست‌های موجود نظام سلامت بوده و شامل شش مرحله است: تعریف مسئله، تشخیص علل پدید آمدن آن، تدوین سیاست، تصمیم‌گیری سیاسی در مورد برنامه‌های ابتکاری اصلاحات و سپس اجرای برنامه‌ها برای انجام اصلاحات و ارزشیابی پیامدهای آن‌ها. با شکل‌گیری مسائل جدید که سیاست‌گذاران باید به آن‌ها بپردازند، چرخه یادشده دوباره فعالیت خود را آغاز می‌کند. مراحل مختلف این چرخه که از آن به «چرخه سیاست‌گذاری» یاد می‌شود، به شرح زیر است:

۱-۳-۱ بیان مسئله

یکی از مهم‌ترین مراحل در سیاست‌گذاری بخش سلامت که بیش از همه مورد غفلت قرار می‌گیرد، بیان مسئله است. در نحوه بیان مسئله می‌توان دو گونه پرسش مطرح کرد: نوع اول، سؤال‌های هنجاری یا توصیه‌ای^۱ است که با پرسش‌هایی مانند «معنای خوب تعریف کردن مسئله چیست؟» آغاز می‌شود. پاسخ دادن به این پرسش‌ها نیازمند توجه اخلاق و فلسفه است. نوع دوم، پرسش‌های تجربی یا توصیفی^۲ است که با سؤال‌هایی چون «کدام فرایندهای اجتماعی، دریافت ما را از مسائل شکل می‌دهند؟» و «عوامل تعیین‌کننده در بیان مسئله که مجریان بخش سلامت با آن‌ها مواجهند، کدام است؟» شروع می‌شود.

رویکرد توصیه‌ای به بیان مسئله، بر این دیدگاه استوار است که، نگرش ما به بخش سلامت باید به‌عنوان یک وسیله باشد و نه یک هدف، و مسائل را نیز باید به‌صورت پیامد تعریف کرد. یکی از این پیامدهای مهم، وضعیت سلامت در جامعه است که می‌توان آن را با پرسش‌هایی مانند «افراد چقدر عمر می‌کنند؟ چه ناتوانی‌هایی دارند؟ و این ناتوانی‌ها در گروه‌های جمعیتی مختلف چه تفاوت‌هایی دارد؟» مورد بررسی قرار داد. دومین مجموعه از پیامدها، میزان رضایتمندی حاصل از مراقبت‌های سلامت در میان شهروندان جامعه است. سومین مجموعه از پیامدها، محافظت از افراد در برابر فشارهای مالی ناشی از درمان بیماری‌ها می‌باشد.

۱-۳-۲ تشخیص علل مسائل

پس از تعریف مسئله بر مبنای پیامدهای نظام سلامت، اقدام بعدی عبارت است از تلاشی واپس‌نگر^۳ برای شناسایی عوامل ایجادکننده نتایج غیررضایت‌بخش. مجریان بخش سلامت باید از طریق جستجو در آنچه که پنج اهرم کنترل^۴ بخش سلامت نامیده می‌شود، به بررسی

-
1. Normative or Prescriptive
 2. Empirical or Descriptive
 3. Retrospective
 4. Control Knob

علل مسائل بپردازند. اهرم کنترل نظام سلامت، امری است که با اقدام حکومت قابل تعدیل است. علاوه بر این، تعدیل یا تغییر در اهرم کنترل باید عامل تعیین کننده و قابل ملاحظه برای عملکرد نظام سلامت باشد. به بیان دیگر، اهرم‌های کنترل نشان‌دهنده جنبه‌های مجزایی از ساختار و کارکرد نظام سلامت است که برای عملکرد نظام سلامت اهمیت قابل توجهی دارند و به عنوان بخشی از اصلاحات نظام سلامت در آن‌ها تغییراتی ایجاد می‌شود. تنها عواملی که بتوانند در عملکرد نظام سلامت نقش قابل ملاحظه و تعیین کننده‌ای داشته باشند، اهرم کنترل محسوب می‌شوند. این اهرم‌های کنترل عبارتند از:

۱. **تأمین مالی:**^۱ سازوکارهایی که منابع مالی را برای فعالیت در بخش سلامت تأمین می‌کنند عبارت است از: مالیات، حق بیمه و پرداخت‌های مستقیم توسط بیماران. مؤسسات جمع‌آوری کننده منابع مالی (مانند شرکت‌های بیمه و صندوق‌های بیمه اجتماعی) و تخصیص منابع برای اولویت‌های مختلف نیز بخشی از این اهرم کنترل محسوب می‌شود.
۲. **پرداخت:**^۲ روش‌های پرداخت هزینه به ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت (پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر کارکنان بخش سلامت) از قبیل: دستمزد ثابت،^۳ کارانه،^۴ پرداخت سرانه^۵ و بودجه. این روش‌ها به نوبه خود با ایجاد انگیزه، بر چگونگی رفتار ارائه‌کنندگان خدمات تأثیر می‌گذارد. پرداخت‌های مستقیم بیماران نیز در این اهرم کنترل می‌گنجد.
۳. **سازمان‌دهی:**^۶ سازوکارهایی که دست‌اندرکاران بخش سلامت برای تأثیرگذاری بر مجموعه‌ای مختلط از ارائه‌کنندگان خدمات در بازار مراقبت سلامت، ساختار این بازارها، نقش‌ها و کارکردها و چگونگی کارکرد داخلی این ارائه‌کنندگان، از آن‌ها استفاده می‌کنند. این سازوکارها شامل اقداماتی است که بر رقابت، تمرکززدایی و کنترل مستقیم ارائه‌کنندگان خدمات دولتی می‌پردازند، تأثیر می‌گذارد و این موارد را دربرمی‌گیرد: چه کسی چه کاری را انجام می‌دهد؟ چه کسی با چه کسی رقابت می‌کند؟ و نیز جنبه‌های

1. Financing
 2. Payment
 3. Fees
 4. Fee For Service (FFS)
 5. Capitation
 6. Organization

مدیریتی کارکرد داخلی ارائه‌کنندگان خدمات از قبیل نحوه انتخاب مدیران و چگونگی پاداش‌دهی به کارکنان.

۴. **وضع مقررات:**^۱ استفاده از اقدامات الزام‌آور از سوی دولت برای تغییر رفتار مجریان بخش سلامت شامل ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت، شرکت‌های بیمه و بیماران. البته تدوین مقررات به معنی پذیرش و اجرای آن نیست. مجریان بخش سلامت باید با توجه به نکات مورد نظر، رعایت مقررات مورد انتظار را تضمین نمایند.

۵. **رفتار:**^۲ اقدامات لازم برای تأثیرگذاری بر فعالیت‌هایی است که افراد (هم ارائه‌کنندگان خدمات و هم بیماران) درخصوص سلامت و مراقبت سلامت انجام می‌دهند. این اهرم کنترل موارد مختلفی از برنامه‌های رسانه‌های گروهی در مورد مصرف سیگار، تغییرات در رفتارهای جنسی برای پیشگیری از ابتلا به ویروس ایدز^۳ و استفاده از انجمن‌های پزشکی برای تأثیر بر رفتار پزشکان (به عنوان مثال القای مصرف کاذب) گرفته تا متقاعد ساختن شهروندان برای پذیرش محدودیت در انتخاب ارائه‌کنندگان خدمات — صرف نظر از درخواست‌های بی‌فایده و بعضاً مضر — را شامل می‌شود.

اهرم‌های کنترل همه مسائل را توضیح نمی‌دهند. سایر عوامل فرهنگی و ساختاری هم بر پیامدهای بخش سلامت تأثیر می‌گذارند. به عنوان مثال درک علت فقدان کارکرد مؤثر نهادهای قانون‌گذار و ناظر بر آن در کشور، ممکن است مستلزم درک نهادهای سیاسی و سنت‌های فرهنگی آن کشور و از جمله سرمایه‌های اجتماعی آن باشد. این‌ها عواملی هستند که مجریان بخش سلامت به آسانی قادر به تغییر آن‌ها نیستند.

۳-۳-۱ تدوین سیاست

هنگامی که علل پدید آمدن یک مسئله شناسایی شد، سؤال بعدی این خواهد بود، که چه باید کرد؟ درمان صحیح این مسئله چیست؟ چه سیاست مناسبی را می‌توان برای رفع موانع اتخاذ کرد؟ فرایند تدوین سیاست و سیاست‌گذاری بسیار مشکل‌تر از آن چیزی

1. Regulation

2. Behavior

3. HIV/Aids

است که در ابتدا به نظر می‌رسد. در تدوین سیاست مواردی وجود دارد که عبارتند از:

۱. **ایده‌های جدید:** تفکر انسانی قویاً تحت الشعاع پندارها و عادات‌هاست. حرفه‌های مختلف معمولاً اعضای خود را با الگوی خاصی آموزش می‌دهند و روش فکر کردن را از طریق تمرین و تجربه تقویت می‌کنند. به عنوان مثال، اقتصاددانان تمایل دارند به همه چیز به زبان قیمت و بازاری نگاه کنند، درحالی‌که متخصصان بهداشت عمومی تا حد زیادی بر همه‌گیری‌شناسی و پیشگیری تمرکز دارند. هنگامی‌که سازمان‌های قدرتمندی مانند سازمان جهانی بهداشت، الگویی خاص را در حیطه‌ای مشخص می‌پذیرند و آن را ترویج می‌دهند، تغییر مشکل‌تر می‌شود، ولی به هر حال تجارب سایر ملل یا تجربه سازمان‌های بین‌المللی، اولین منبع ایده‌های جدید محسوب می‌شود. به طور قطع از آنجاکه شرایط اقتصادی و نهادهای سیاسی در کشورها متفاوتند، لازم است ایده‌های برگرفته از دیگر کشورها با شرایط محلی هر کشور سازگار و بومی‌سازی شود. ابتکارات و نوآوری سیاست‌ها در خارج از بخش سلامت، منبعی دوم برای ایده‌های جدید به شمار می‌رود و منبع سوم، مباحث نظری است.

۲. **آینده‌نگری:** به منظور ایجاد طرحی مؤثر برای بهبود بخش سلامت، مجریان ناچارند از پیش در اندیشه مراحل تصمیم‌گیری سیاسی و اجرا نیز باشند و سیاست‌ها را با توجه به آن‌ها طراحی کنند. بخشی از تفکر آینده‌نگر^۱ به سیاست مربوط می‌شود. نگرش به نوآوری سیاست‌ها، به عنوان یک تجربه، به سیاست‌گذاران این امکان را می‌دهد تا طرح‌های پیشنهادی متفاوت را ارزشیابی نمایند.

۳. **فرایند طراحی:** طراحی طرح‌هایی به منظور تغییر در سیاست‌های ملی سلامت به همان اندازه که تحلیلی است، جنبه سیاسی هم دارد. این امر هم محتوای ایده‌های اصلاحات و هم فرایند شکل‌گیری این ایده‌ها را دربرمی‌گیرد. فرایند طراحی، مرحله‌ای کلیدی در جلب حمایت‌ها برای اصلاحات محسوب می‌شود. از این رو، فرایند تدوین سیاست باید باعث ایجاد طرحی شود که از نظر فنی مناسب و از نظر سیاسی امکان‌پذیر باشد.

۱-۳-۴ تصمیم‌گیری سیاسی

پذیرش یک طرح پیشنهادی برای تغییر، اغلب بر تصمیم‌گیری سیاسی در شاخه‌های قانون‌گذاری و اجرایی حکومت متمرکز است. اصلاحات بخش سلامت معمولاً با چالش‌های سیاسی دشواری مواجه است. گروه‌های ذی‌نفع سازمان‌یافته (مانند پزشکان، شرکت‌های تولیدکننده و واردکننده تجهیزات پزشکی، صاحبان بیمارستان‌ها و صنعت داروسازی) که منافع زیادی در نظام فعلی دارند ممکن است با انجام تغییرات مخالفت کنند. ازسوی دیگر، کسانی که قرار است از این تغییرات سود ببرند (برای مثال بیماران، فقرا و محرومان)، اغلب از قدرت و سازمان‌دهی کمتری برخوردارند. برخی از افراد درونی در نظام سلامت که قرار است به‌صورت بالقوه از اصلاحات سود ببرند (مانند پزشکان جدیدی که باید تربیت شوند)، چون هنوز وجود ندارند، پس نمی‌توانند نقش مؤثری را هم در این زمینه ایفا کنند.

در کشاکش تصمیم‌گیری‌های سیاسی، همیشه آینده سهم کمتری نسبت به گذشته دارد. وظیفه سیاسی در تمامی وضعیت‌ها، ایجاد ائتلاف قوی حمایتی است؛ این امر به معنای شناسایی گروه‌ها و افرادی است که از قدرت سیاسی کافی برای قبولاندن سیاست پیشنهادی برخوردارند. علاوه بر این، کار سیاسی فقط با پذیرش یک طرح پایان نمی‌یابد، بلکه درخصوص اینکه آیا اصلاحات به‌صورتی دلسوزانه و درست اجرا می‌شود یا خیر هم نقش مهمی دارد.

۱-۳-۵ اجرا

تغییر در بخش سلامت همیشه نیازمند تغییر در رفتار سازمان‌ها و افراد است. بدون چنین تغییراتی، هیچ امر جدیدی پدید نخواهد آمد. با این حال، مقاومت در برابر تغییر تقریباً همیشه وجود دارد. یکی از دلایل این مقاومت، عوامل روان‌شناختی است. اقدامات و ساختارهای جدید، غریبه و ناآشنا بوده و همین جدید بودن، در بسیاری از افراد ایجاد اضطراب و مقاومت می‌کند. عامل دیگری که مانع تغییر می‌شود، دشواری صرف‌نظر از راه‌های آشنای قبلی است. الگوهای ریشه‌دار فکری و رفتاری که به آهستگی تکامل یافته و در گذشته خوب جواب داده‌اند می‌توانند مانعی قوی در برابر اصلاحات باشند.

۶-۳-۱ ارزشیابی

ارزشیابان باتجربه می‌دانند که هر ارزشیابی موفق باید (حتی) پیش از اجرای هر برنامه جدیدی شروع شود. تعیین آثار هر سیاست جدیدی در تغییر دنیای پیرامون، اساساً کاری دشوار است. ساده‌ترین رویکرد ارزشیابی، مقایسه وضعیت قبل و بعد است. این روش، تغییر پیامدها را که طی زمان و با اجرای اصلاحات اتفاق می‌افتد، بررسی می‌کند. باوجود اینکه بررسی بسیاری از مسائل مرتبط با ارزشیابی اصلاحات در بخش سلامت در پژوهش حاضر ممکن نیست، اما تذکر چند نکته اساسی به مجریان اصلاحات در مورد نقش داده‌ها در ارزشیابی مبتنی بر شواهد الزامی است. اولاً جمع‌آوری داده‌ها رایگان نیست و معمولاً برای داشتن داده‌های بهتر باید هزینه بیشتری پرداخت. برنامه مطلوب ارزشیابی باید میان هزینه‌ها و مفید بودن داده‌ها تعادل لازم را برقرار کند. ثانیاً هزینه گردآوری داده‌ها متعلق به کسانی است که گزارش‌ها را تهیه می‌کنند. اگر تأمین داده‌های خوب پرهزینه باشد و منابع کافی برای آن در نظر گرفته نشود، داده‌های نامناسبی گردآوری خواهد شد. درمجموع، ارزشیابی باید یکی از نکات اولیه مورد توجه مجریان بخش سلامت باشد. برای ارزشیابی نمی‌توان تا اجرای برنامه صبر کرد. داده‌های پایه‌ای باید پیش از اجرا جمع‌آوری شده و نظام‌های اجرایی طوری طراحی شود که ارزشیابی را مدنظر داشته باشد.

فصل دوم

اصول سیاست‌گذاری در
جهان و روند تاریخی آن

۱-۲ تعریف سیاست، مدیریت و برنامه‌ریزی

در روند سیاست‌گذاری برای نظام سلامت از سه واژه «سیاست»، «مدیریت» و «برنامه‌ریزی» استفاده می‌شود. تعاریف این سه واژه که ارتباط نزدیکی با هم داشته و گاه به‌جای هم به‌کار می‌روند عبارت است از:

۱. سیاست: منظور برنامه‌هایی است که در سطح کلان در سازمان‌ها مطرح بوده و در هر سطح معنی خاص خود را دارد. مثلاً، در سطح وزارت بهداشت تشویق بخش خصوصی، در سطح شهرستان تشویق مراقبت‌های پیشگیرانه و در سطح فنی، مواردی مانند برنامه‌های واکسیناسیون را دربرمی‌گیرد. باید توجه داشت که سیاست‌ها در خلأ به‌وجود نمی‌آیند و اغلب نتیجه تحلیل‌هایی هستند که با قضاوت‌های ارزشی آمیخته می‌شوند. بنابراین، در فرایند برنامه‌ریزی به‌خصوص آنالیز وضعیت، کلیدی‌ترین نقش، فرموله کردن سیاست‌هاست.

۲. مدیریت: در سال‌های اخیر از این واژه بیشتر به‌جای اداره کردن^۳ استفاده می‌شود. در واقع مدیریت به‌معنی انتقال قدرت به نمایندگان اجرایی است، در صورتی که اداره عبارت از کاربرد قوانین و مقرراتی است که به‌وسیله سطوح بالاتر تدوین می‌شود. به بیان دیگر، مدیریت، فرایند کلی تصمیم‌سازی در درون یک سازمان است.

۳. برنامه‌ریزی: شرط اول و زمینه‌ساز اداره سلامت از طریق تدوین قوانین و مقررات بوده و

-
1. Policy
 2. Management
 3. Administration
 4. Planning

یکی از وجوه تصمیم‌سازی در درون یک سازمان که ناظر بر آینده است، محسوب می‌شود.

۲-۲ نگرش‌های مختلف به موضوع سلامت

به‌منظور تدوین سیاست‌ها در جهت دستیابی به هدف، ضرورت دارد که در ابتدا نگرش اصلی کشور به موضوع سلامت تبیین شده و سپس سیاست‌گذاری براساس آن صورت پذیرد. باید توجه داشت که واژه سلامت دارای معنای وسیعی است و به تعبیر سازمان جهانی بهداشت عبارت است از: «وضعیت احساس خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی، و نه فقط فقدان بیماری و ناخوشی». بنابراین، مواردی مانند فقر، آموزش، تغذیه، اشتغال، دسترسی به آب آشامیدنی سالم، بهداشت، شرایط زندگی و ... را نیز دربرمی‌گیرد، اما سلامت و مراقبت‌های سلامتی تنها بخش کوچکی را شامل می‌شود. مطالعات انجام شده بیانگر چهار نگرش اصلی به موضوع سلامت می‌باشد که عبارت است از:

۱. سلامت به‌عنوان حق: براساس این تعریف، حکومت موظف است کلیه موانع دسترسی به سلامت را از میان بردارد و شرایط لازم را برای حفظ سلامت آحاد جامعه فراهم کند. در این صورت، مراقبت‌های سلامتی فقط جزئی از سلامت محسوب می‌شود.
۲. مراقبت‌های سلامتی به‌عنوان حق:^۱ در این شکل، دسترسی عادلانه به مراقبت‌های سلامتی، هدف اصلی بوده و دسترسی به مراقبت سلامت هم‌طراز برابری در دسترسی به غذا، مسکن و ... تلقی می‌شود. در این خصوص مراقبت‌های سلامت پایه در برابر کلیه سطوح سلامت اولویت دارد و در نهایت، نتیجه همه تلاش‌ها باید تبدیل به حق مثبت در این زمینه شود. البته حق زمانی مثبت تلقی می‌شود که محقق شود. به‌طور مثال، اگر دولت وعده تأمین هفته‌ای سه لیوان شیر را برای کودکان حق بداند و آن را تأمین کند، حق مثبت تلقی می‌شود. اما چنانچه مصرف سه وعده خاویار را برای آحاد مردم حق دانسته ولی آن را تأمین نکند، حق منفی تلقی می‌شود.
۳. سلامت به‌عنوان کالای مصرفی:^۲ در این دیدگاه، سلامت از نگاه افراد مهم بوده و

1. Health

2. Health as Consumption Good

حکومت مسئولیت خاصی در تأمین آن ندارد. وظیفه حکومت، محدود به تضمین کیفیت مراقبت‌ها (مانند سایر کالاها) شده و وظیفه‌ای در برابر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت ندارد.

۴. سلامت به عنوان سرمایه‌گذاری:^۱ در این نگاه، سلامتی به عنوان حفظ توانایی و بهره‌وری نیروی کار تلقی می‌شود که بر تولید از طریق کاهش میزان غیبت در کار و کاهش آثار معلولیت‌زا، تأثیر می‌گذارد. در این صورت، سلامت وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف تلقی می‌شود.^۲

۲-۳ وظایف دولت‌ها

با لحاظ نگرش‌های فوق، وظایف دولت‌ها در بخش سلامت قابل تعریف می‌شود. چشم‌پوشی از نوع نگرش، در عملکرد سیستم سلامت، چهار فعالیت اصلی ضروری است، و در این زمینه نقش دولت در کشورهای مختلف متفاوت است. این فعالیت‌ها عبارت است از: سیاست‌گذاری،^۳ تأمین مالی،^۴ فراهم کردن خدمات^۵ و تدوین ضوابط و مقررات^۶ و نظارت کامل بر عملکرد کلیه ذی‌نفعان بخش سلامت:

۱. سیاست‌گذاری: این اولین وظیفه بالقوه دولت است. در این خصوص وظایف دولت، تبیین نقش سازمان‌های مختلف مسئول سلامت مانند بیمارستان‌های خصوصی، تنظیم الزامات لازم برای فراهم‌کنندگان خدمات تا محل استقرار تسهیلات مربوط به سلامتی، مسائل فنی پزشکی (از قبیل جداول واکسیناسیون)، استانداردهای حرفه‌ای، آموزش و ... است. دولتی که به سلامت به عنوان کالای مصرفی می‌نگرد، سازوکارهای قیمت‌گذاری و مقررات شناسایی صاحبان حرف پزشکی را تنظیم می‌کند. با توجه به موارد پیش‌گفته، در عمل ارتباط بسیار نزدیکی میان سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی وجود دارد.

۲. تأمین مالی: در این خصوص نقش دولت عبارت است از: تدوین و اجرای سازوکارهای تأمین

-
1. Health as Investment
 2. Means to An End
 3. Policy Formation
 4. Financing
 5. Service Provision
 6. Regulation

منابع شامل مالیات‌ها یا بیمه‌های اجتماعی و تدوین نظام‌های پرداخت یا پیش‌پرداخت.
۳. **ارائه خدمات:** دولت یا می‌تواند به‌طور مستقیم به ارائه خدمات بپردازد یا آن را طبق ضوابط تدوین شده به بخش غیردولتی بسپارد و یا ترکیبی از هر دو را اجرا کند. در بعضی کشورها شیوه اول رایج است و دولت در تأمین خدمات سلامت برای آحاد جامعه نقش اصلی را ایفا می‌کند.

۴. **تدوین ضوابط و مقررات:** در این حالت، دولت درخصوص نوع و کیفیت مراقبت‌ها به‌طور مستقیم دخالت می‌کند. فعالیت‌های مربوط به تدوین مقررات برخلاف فعالیت‌های سیاست‌گذاری بوده و در واقع مکانیسمی برای تضمین اجرای صحیح سیاست‌هاست. در این صورت، باتوجه به نقش دولت،

چهار حالت در ارائه خدمات و تأمین مالی وجود دارد:

- تأمین عمومی منابع، ارائه عمومی خدمات،
- تأمین عمومی منابع، ارائه خصوصی خدمات،
- تأمین خصوصی منابع، ارائه عمومی خدمات،
- تأمین خصوصی منابع، ارائه خصوصی خدمات.

گفتنی است که، دولت‌ها به‌عنوان فراهم‌کنندگان اصلی خدمات، دو وظیفه اصلی و انحصاری برعهده دارند که یکی سیاست‌گذاری و دیگری تنظیم مقررات است. سیاست‌ها مبنای برنامه‌ریزی قرار گرفته و سپس به مرحله اجرا درمی‌آید. سیاستی که منجر به طرح اجرایی و عملیاتی نشود، هیچ مشکلی را از کشور حل نخواهد کرد. به همین دلیل، آشنایی با برنامه‌ریزی و رویکردهای مختلف آن موجب می‌شود که طراحی سیاست سلامت تا مرحله برنامه‌ریزی و اجرا پیش برود.

رویکردهای مختلف برنامه‌ریزی جدا از تعریف دقیق آن‌ها، در یک نقطه مشترک‌اند و آن علاقمندی به تصمیم‌گیری درخصوص آینده است. برنامه‌ریزی در بخش بهداشت و درمان در دو دیدگاه وسیع تعریف می‌شود:

الف) برنامه‌ریزی فعالیتی:^۱ تنظیم جداول زمانی قابل پایش و برنامه زمان‌بندی استقرار

فعالیت‌های از پیش تعیین شده،

ب) برنامه‌ریزی تخصیصی:^۱ اتخاذ تصمیم در مورد چگونگی هزینه‌کرد منابع.
با این نگاه، برنامه‌ریزی تخصیصی عبارت است از روش نظام‌مند برای دستیابی به هدف‌های مصرح در آینده از طریق استفاده مناسب از منابع موجود یا قابل حصول در آینده. در این خصوص اجزای اصلی عبارت است از:
۱. تبیین اهداف،^۲ در پاسخ به سؤال «به کجا می‌رویم؟»،
۲. منابع،^۳ در پاسخ به سؤال «با چه چیزی؟»،
۳. استفاده مناسب،^۴ در پاسخ به سؤال «چگونه؟»،
۴. زمان و مکان،^۵ در پاسخ به سؤال «کجا؟»،
۵. درجه رسمیت فرایند،^۶ شامل تصریح بر نظام‌مند بودن روش.

۲-۴ زمینه‌های سیاست‌گذاری^۷

رابطه نزدیک سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی را می‌توان در موضوع سیاست‌هایی که حداقل در بیست سال گذشته محور بخش سلامت بوده است، یافت. سیاست خدمات اولیه سلامت،^۸ مبنای سیاست‌های سلامت در بیشتر کشورها در دهه ۱۹۹۰ میلادی بود. اما در ۵ تا ۱۰ سال گذشته، تأکید نقطه کانونی^۹ از مراقبت‌های اولیه سلامت به ساختار بخش سلامت تغییر یافته و سیاست‌های اصلاح در نظام سلامت،^{۱۰} مورد تأکید تأمین‌کنندگان منابع بین‌المللی و داخلی بخش سلامت قرار گرفته است. از آنجاکه این دو تفکر نقش عمده‌ای در شکل‌گیری سیاست‌های سلامت کشورهای مختلف داشته‌اند، به بررسی مختصر آن‌ها می‌پردازیم.

1. Allocative Planning
2. Objectives
3. Resources
4. Efficient & Appropriate
5. Future
6. Formulization
7. Policy Context
8. Primary Health Care (PHC)
9. Focal Point
10. Health Sector Reform (HSR)

۱-۴-۲ مراقبت‌های اولیه سلامت

سال ۱۹۷۸ میلادی در کنفرانس مشترک یونیسف و سازمان جهانی بهداشت در (آلماتا) قزاقستان بیانیه‌ای صادر شد که به موجب آن دستیابی به هدف «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی» هدف آرمانی نظام سلامت جهانی تعیین گردید. در آن بیانیه، روند تفکر در موضوع سلامت و مراقبت‌های سلامتی و توسعه درهم آمیخته و منجر به اتخاذ استراتژی گردید که بعدها به عنوان رویکرد خدمات اولیه سلامت شناخته شد. این رویکرد که بر نگرش بسیاری از وزرای سلامت کشورهای در حال توسعه و تا حدودی کشورهای توسعه یافته جهان تأثیر گذاشت، تغییر عمده‌ای را در نحوه نگرش به وضعیت سلامت و تلاش در جهت بهبود شرایط سلامت اقشار ضعیف جامعه ایجاد کرده و ضرورت پیوند میان دارندگان حرفه‌های مربوط به سلامتی را با اعضای جامعه تبیین نمود. این رویکرد، انقلابی را در عرصه سلامت جهانی به وجود آورد. به طور مثال، تا سال ۱۹۴۲ میلادی، سلامت به معنای منظم بودن بدن^۱ تعریف می‌شد. در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ میلادی مدلی پزشکی از سلامت مطرح بود و این گونه تصور می‌شد که بیماری، نتیجه عدم کارکرد مطلوب و فیزیولوژیک ارگان‌های بدن است. بنابراین استراتژی‌های پیشنه‌ادی، مداخله در سطح کلینیکی افراد را مطرح می‌کرد و موجب گسترش خدمات درمانی^۲ با محوریت بیمارستان‌ها می‌گردید که از آن‌ها به «قصر بیماری»^۳ نام برده شده و وزارتخانه بهداشت، «وزارت بیماری»^۴ نامیده می‌شد.

در سال ۱۹۷۲ میلادی «فان شل»^۵ تعریفی عملیاتی از سلامتی انسان ارائه داد: «فرد در صورتی سالم است که بتواند فعالیت‌های عادی روزانه خود را انجام دهد و زمانی که نتواند آن را انجام دهد، دچار اختلال شده یا از وضعیت سلامت منحرف شده است». در سال ۱۹۷۹ میلادی سازمان جهانی بهداشت، تعریف وسیع‌تری را از سلامت ارائه داد.

-
1. Soundness of Body
 2. Curative Services
 3. Disease Palace
 4. Ministry of Sickness
 5. Fan Shell

در این تعریف، سلامت عبارت است از: «وضعیت کامل و احساس خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و ناخوشی». در این تعریف علاوه بر جسم و روان فرد، دو عامل دیگر شامل محل زندگی و درجه کنترل و انتخاب افراد بر بدن خود نیز در تعریف گنجانده شده و دیگر فرد به صورت تنها سنجیده نمی‌شود، بلکه عوامل اجتماعی نیز بر سلامت وی تأثیر می‌گذارند. این عوامل عبارت است از: فقر، بیکاری، نژادپرستی، تبعیض جنسیتی و ... که بر میزان عمر فرد و کیفیت آن اثر می‌گذارند.

بدیهی است ارتقای سلامت افراد تنها مربوط به پیشرفت‌های پزشکی نیست، بلکه از بسیاری از تغییراتی که در استانداردهای زیستی صورت گرفته هم نشئت می‌گیرد. عوامل تعیین‌کننده سلامت فقط در ارگانیسم بدن افراد شکل نمی‌گیرد، بلکه عمق مواردی که در قالب اهداف و برنامه‌های سلامت‌نگر پوشش داده می‌شود منعکس‌کننده تعاملاتی است که سلامت فرد و اجتماع را تضمین می‌کند. به‌طور مثال رفتار افراد و عوامل محیطی، هفتاد درصد از مرگ‌های پیش‌رس را در دنیا رقم می‌زند و اقدامات پیشگیرانه و سیاست‌گذاری‌هایی که به این دو عامل مهم توجه داشته باشد، می‌تواند موجبات کاهش بیماری‌ها، افزایش کیفیت زندگی و طول عمر را فراهم آورد.

براساس این تفکر جدید، بیولوژی فردی و رفتارهای افراد در تعامل با یکدیگر و در ارتباط با محیط‌های فیزیکی و اجتماعی آنان، بر سلامت آن‌ها تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، سیاست‌گذاری‌ها و اقدام‌هایی که سیاست‌گذاران انجام می‌دهند با اثرگذاری بر عوامل هدف (که به افراد و جوامع آن‌ها مربوط است)، می‌تواند موجب بهبود سلامت گردد. تعاریف جدیدی مانند بیولوژی فردی، محیط اجتماعی، محیط فیزیکی و ... نیز در حوزه سیاست‌گذاری اهمیت دارد که در ذیل به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

بیولوژی فردی عبارت است از ساختار ژنتیکی افراد (شامل کلیه ویژگی‌هایی که اشخاص با آن متولد می‌شوند)، تاریخچه خانوادگی (که می‌تواند بیانگر فاکتورهای مخاطره‌آمیز برای بیماری باشد)، مشکلات جسمی و روانی (که افراد در طول عمرشان به آن مبتلا می‌شوند). سالمندی، تغذیه، فعالیت فیزیکی، اعتیاد به دخانیات، تنش‌های روانی، سوءمصرف الکل و داروها، حوادث و خشونت یا مواد عفونی و سمی (که موجب بروز معلولیت و بیماری یا ایجاد بیولوژی جدیدی برای فرد می‌گردد).

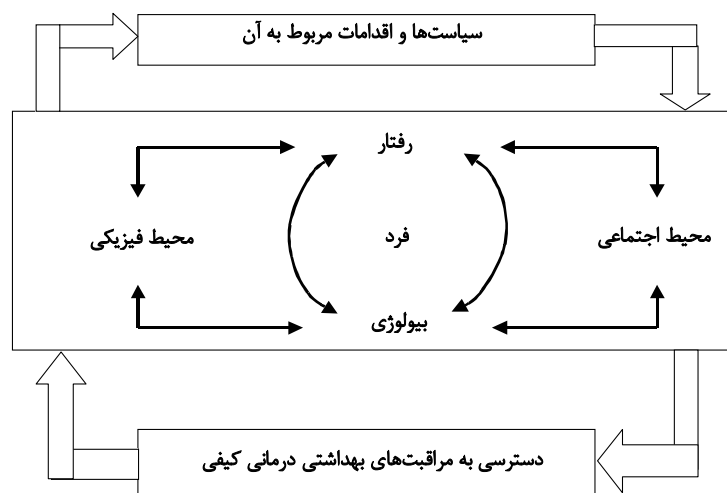
رفتارها عبارت است از مجموعه واکنش‌ها یا پاسخ‌های فردی به محرک‌های درونی یا شرایط بیرونی. رفتارها می‌تواند رابطه‌ای دوجانبه با بیولوژی فردی داشته باشد. به‌طور مثال استعمال دخانیات (رفتار) می‌تواند شکل سلول‌ها را در ریه تغییر داده و موجب تنگی‌نفس، آمفیزم یا سرطان (بیولوژی) شود که متعاقباً منجر به عدم استعمال آن می‌گردد. (رفتار) یا تاریخچه خانوادگی فردی که دارای بیماری قلبی است (بیولوژی) ممکن است او را وادار کند که رفتارهای غذایی خود را تغییر داده و از استعمال دخانیات اجتناب کند و روش فعال دیگری را در زندگی خود برگزیند (رفتار) که منجر به پیشگیری از پیشرفت بیماری قلبی وی می‌شود (بیولوژی).

انتخاب‌های افراد و محیط‌های فیزیکی و اجتماعی اطراف آن‌ها، رفتارهای افراد را شکل می‌دهد. در محیط فیزیکی و اجتماعی افراد عواملی وجود دارد که بر زندگی آن‌ها تأثیر گذاشته و بسیاری از آن‌ها از کنترل مستقیم افراد خارج است. محیط اجتماعی شامل واکنش متقابل بین خانواده، فامیل، دوستان، همکاران و سایر جوامع است. این حوزه، مواردی چون مؤسسات اجتماعی، قوانین موجود در جامعه، محیط کار، مدرسه، حمل‌ونقل عمومی و ... را هم دربرمی‌گیرد. وجود یا عدم وجود خشونت و قوانین جاری در اماکن نیز اجزای دیگر محیط اجتماعی را تشکیل می‌دهند. محیط اجتماعی تأثیر قابل توجهی بر سلامت فردی و اجتماعی جوامع بزرگ می‌گذارد؛ چرا که افراد در درون جوامع از باورهای اعتقادی و مذهبی مشخص و نیز زبان و فرهنگ مشترک برخوردارند. در برابر، افراد و رفتارهای فردی آن‌ها هم در کیفیت محیط اجتماعی تأثیر می‌گذارد.

محیط فیزیکی همان چیزی است که احساس و شنیده می‌شود. این محیط حتی از عناصری مانند لایه اُزن و تشعشعات جوی نیز اثر می‌پذیرد. این محیط می‌تواند خطراتی را برای سلامت فردی و اجتماعی ایجاد کند، به‌خصوص زمانی که فرد و اجتماع در معرض مواد سمی مانند آلاینده‌های عفونی، آلرژیک و صدمه‌های فیزیکی در منزل، مدرسه و محل کار قرار می‌گیرند. برعکس، تأمین محیط پاکیزه، محل کار مناسب و تفریحات سالم، آثار مثبتی بر سلامت دارد.

سیاست‌گذاری‌ها و اقدامات مربوط به سلامت، آثار مثبت و بسیار قوی بر سلامت انسان‌ها و جوامع دارد که برخی از آن‌ها عبارت است از: برگزاری اردوهای در جهت منع

استعمال دخانیات، قوانین مربوط به اجباری بودن استفاده از کمربند ایمنی برای کودکان در اتومبیل‌ها، خدمات پیشگیری از بیماری‌ها مانند ایمن‌سازی کودکان، افراد بالغ و نوجوانان، خدمات کلینیکی مانند تشدید مراقبت‌های بهداشت روان. سیاست‌گذاری‌ها و قوانین از طریق مواردی مانند حمل‌ونقل، آموزش، اشتغال، کارگاه‌ها، سازمان‌های جامعه‌نگر و گروه‌های شهری و حرفه‌ای، می‌تواند در بهداشت و سلامت افراد و جوامع تأثیر بگذارد. عوامل تعیین‌کننده سلامتی، رفتار و بیولوژی فردی، محیط فیزیکی و اجتماعی، سیاست‌ها و اقدام‌های مربوط به آن و دسترسی به مراقبت‌های کیفی، اثر قابل توجهی بر سلامت افراد، جوامع و در نگاه کلی ملت دارد، (نمودار ۱-۲). ارزیابی این عوامل، بخش مهمی از استراتژی بهبود سلامت بوده و در نتیجه پرداختن به این مقولات و در نظر گرفتن تعامل بین آن‌ها در سطح ملی، کلیدی‌ترین عامل در دستیابی به اهداف برنامه‌های سلامت‌نگر محسوب می‌شود. به عبارت دیگر، اگر قرار است سیاست‌های سلامتی تدوین شده و برای برنامه‌ریزی‌های آینده، ملاک عمل قرار گیرد، ضروری است، کلیه عوامل تعیین‌کننده در موضوع سلامتی لحاظ شود.



نمودار ۱-۲ عوامل تعیین‌کننده در سلامت

در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ میلادی اقتصاددانان معتقد بودند که شاخص موفقیت در توسعه، رشد تولید ناخالص ملی^۱ است و وزرای اقتصاد کشورها در برنامه‌های خود سعی در پیگیری رویکردهایی داشتند که منجر به افزایش این شاخص گردد. در دهه ۱۹۷۰ میلادی اقتصاددانان توسعه متوجه شدند که افزایش تولید ناخالص ملی لزوماً منجر به اثرگذاری بر نشانگرهای اجتماعی و توسعه اجتماعی (مانند کاهش مرگ‌ومیر نوزادان، نرخ بی‌سوادی و توزیع درآمدی و ...) که سلامت و آموزش نیز در آن قرار دارد نمی‌شود. بنابراین، سطح ضعیف سلامت نیروی کار مانعی برای رشد و توسعه تلقی شده و سلامتی، کالایی سرمایه‌ای گردید. در اواخر دهه ۱۹۷۰ میلادی استراتژی‌های توسعه در اکثر کشورها به سمت نتایج اجتماعی توسعه معطوف شده و توزیع ثروت با این نگاه که ثروتمندان در مقایسه با فقرا دسترسی بیشتری به خدمات سلامت دارند، در معرض نقد قرار گرفت، به‌گونه‌ای که در بیانیه‌های سازمان بین‌المللی کار^۲ برخورداری از سلامت، حقی همگانی تلقی شد.

۲-۴-۲ اصول حاکم بر مراقبت‌های اولیه سلامت

با نگاه فوق، بیانیه آلماتا حداقل در دو سطح اهمیت داشت: اولاً بیانگر فلسفه تفکر درخصوص سلامت و خدمات سلامتی بوده و به پنج موضوع زیر توجه داشت:

۱. اهمیت عدالت به‌عنوان جزئی از سلامت،
۲. نیاز به مشارکت اجتماعی در تصمیم‌سازی‌ها،^۳
۳. نیاز به رویکرد بین‌بخشی در حل مشکلات بخش سلامت،
۴. نیاز به اطمینان از سازوکارهای فرهنگی و استفاده از تکنولوژی مناسب،
۵. تأکید بر فعالیت‌های ارتقای سلامت.

دو موضوع عدم تمرکز و درگیر شدن گروه‌های مختلف در موضوع سلامت، ابتدا در بیانیه نبود و بعد به این اصول اضافه شد.

ثانیاً به مداخلات اساسی به‌ترتیب زیر اشاره کرد:

1. Gross National Product (GNP)
 2. International Labor Office (ILO)
 3. Decision Making

۱. آموزش درخصوص مشکلات سلامت و روش‌های پیشگیری و کنترل آن‌ها،
۲. ارتقای سطح تأمین غذای کافی و تغذیه مناسب،
۳. تأمین آب آشامیدنی سالم و محیط بهداشتی شامل دفع صحیح فاضلاب و ...،
۴. مراقبت‌های مادر و کودک شامل تنظیم خانواده،
۵. ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های عفونی اصلی،
۶. پیشگیری و کنترل بیماری‌های آندمیک محلی،
۷. درمان مناسب بیماری‌ها و جراحات‌های شایع در منطقه،
۸. تأمین داروهای اساسی.

از آنجاکه پنج اصل اساسی مراقبت‌های اولیه سلامت، کل این نظام و بخش‌های مرتبط با آن را تحت تأثیر قرار داده و به‌عنوان نقطه عطفی در تغییر تفکر فلسفی سلامت مطرح است، به بررسی مختصر هرکدام از آن‌ها می‌پردازیم.

۱. عدالت:^۱ به معنای برابری نبوده و در واقع بیانگر عدالت اجتماعی^۲ است. عدالت در بخش سلامت، دارای معانی زیر است:

- سلامت برابر،
- برابری در دسترسی به مراقبت‌های سلامت،
- بهره‌مندی برابر از مراقبت‌های سلامت،
- دسترسی برابر به مراقبت‌های سلامت براساس نیاز،
- بهره‌مندی برابر از مراقبت‌های سلامت براساس نیاز.

با توجه به اهمیت عدالت اجتماعی در فرضیه عدالت، دو تعریف اخیر نزدیک‌ترین تعریف به فلسفه خدمات اولیه سلامت است. از حیث دسترسی نیز فقط دسترسی فیزیکی به خدمات سلامت مطرح نیست، بلکه معیار بهره‌مندی از مراقبت‌ها نیز موضوعی جدی است؛ زیرا علی‌رغم دسترسی فیزیکی، عواملی هم وجود دارند که مانع از بهره‌مندی می‌شوند. این عوامل عبارت است از:

1. Equity
2. Social Justice

- هزینه استفاده از خدمات شامل تعرفه و قیمت خدمات، هزینه ایاب وذهاب به مراکز درمانی و هزینه‌های جانبی مانند دارو و ...،
 - کاهش درآمد برای حضور در مراکز درمانی (به‌طور مثال باز بودن مراکز درمانی در ساعات اداری)،
 - نارضایتی کارفرمایان از کارکنان به دلیل غیبت از محل کار برای حضور در مراکز درمانی،
 - تفکر سنتی مبتنی بر دریافت خدمات به هنگام نیاز اضطراری و موانع فرهنگی در دریافت مراقبت‌ها،
 - طرز تلقی فراهم‌کنندگان خدمات سلامت از بیماران و بیماری.
- در سال ۱۹۸۱ میلادی، دو واژه عدالت عمودی و افقی – البته بدون در نظر گرفتن جنس، نژاد، درآمد و گروه اجتماعی – توسط «وست»^۱ مطرح گردید که در آن عدالت افقی^۲ به معنی درمان برابر برای نیازهای برابر و عدالت عمودی^۳ به معنی درمان نابرابر برای نیازهای نابرابر تعریف شده بود.
- در طراحی خدمات، فهم عدالت افقی آسان‌تر است، اگرچه دستیابی به آن مشکل می‌نماید، ولی فرضیه عدالت عمودی نیازمند تعریف نیازها، قضاوت‌های ارزشی در چگونگی پاسخ به آن و چگونگی اولویت‌بندی خدمات در برابر نیازهای نسبی است. در مجموع باید گفت که در طراحی خدمات، باید اقشار آسیب‌پذیر و مناطق محروم شناسایی شده و طرح‌ها مطابق با نیازهای خاص آنان ارائه شود و این اطمینان وجود داشته باشد که صدای فقرا به گوش مسئولان می‌رسد.
۲. **مشارکت جامعه:**^۴ این اصل در موارد زیر جاری است، اگرچه هر کدام از آن‌ها آثار متفاوتی را در سیستم‌های طراحی شده برای سلامت از خود برجای می‌گذارد:
- توانمندسازی افراد در ارتباط با حرفه پزشکی به گونه‌ای که افراد به اهمیت سبک زندگی^۵ در ارتقای سلامت خود پی ببرند. این امر وظیفه خود افراد است تا گروه پزشکی.

1. West

2. Horizontal Equity

3. Vertical Equity

4. Community Participation

5. Life Style

- دخالت افراد یا جامعه در تصمیمات مربوط به مراقبت‌های سلامت، منجر به پاسخ‌گویی بهتر و بیشتر جامعه می‌شود.

- مشارکت افراد و جوامع در تأمین منابع سلامت، که موجب تولید منابع مازاد برای سلامت می‌گردد.

۳. رویکرد چندبعدی به سلامت: در بیشتر کشورها مشکلات سلامت ناشی از عوامل مربوط به محیط یا محصول فقر است و با حل آن‌ها مشکلات سلامت هم حل می‌شود. به‌طور مثال، ترویج تغذیه مناسب، نقش اساسی در سیاست‌های سلامتی دارد؛ چرا که سوءتغذیه می‌تواند ناشی از فقر، شرایط نامطلوب یا سیاست‌های نامناسب کشاورزی باشد. یا حوادث ترافیکی، موضوعی است که در خارج از بخش سلامت اتفاق می‌افتد. در این‌گونه موارد، وزارت بهداشت به‌عنوان کاتالیزور و هماهنگ‌کننده فعالیت‌های مرتبط با سلامت عمل می‌کند.

۴. تکنولوژی مناسب و ترکیبی از خدمات: منظور از تکنولوژی، ترکیبی از کارکنان ماهر به همراه سایر منابع از جمله تجهیزات برای ارائه ترکیبی از خدمات مناسب (مانند ارائه خدمات ادغام‌یافته به‌جای خدمات عمودی) است. تکنولوژی مناسب به معنی در نظر گرفتن نیازهای سلامت در شرایط اجتماعی و اقتصادی کشور بوده و عوامل دخیل در آن عبارت است از:

- هزینه،

- کارایی و اثربخشی در موضوعات سلامت،

- قابل قبول بودن رویکرد انتخابی برای جامعه هدف و فراهم‌کنندگان خدمات سلامت،

- آثار وسیع اجتماعی و اقتصادی،

- پایداری رویکرد.

۵. رویکرد ارتقای سلامت و پیشگیرانه:^۱ در این رویکرد به سلامت با دید اعتباری مثبت نگریسته شده و سلامت فقط نبود بیماری محسوب نمی‌شود. این رویکرد می‌کوشد با درگیر کردن سایر بخش‌ها، بسیاری از مشکلات سلامت را حل کند، ولی از اهمیت اقدامات درمانی نمی‌کاهد. رویکردهای مطرح در این اصل عبارت است از:

- الف) عدم تمرکز: ^۱ مدل‌های مختلف آن عبارت است از:
- واگذاری: ^۲ اختیارات از دولت مرکزی به وزارت بهداشت و از آنجا به دولت محلی خارج از وزارت بهداشت - ولی در درون حاکمیت - منتقل می‌شود.
 - تراکم‌زدایی عملیاتی: اختیارات از وزارت بهداشت به‌طور مستقیم به واحدهای زیرمجموعه محلی منتقل می‌شود.
 - تراکم‌زدایی ادغام‌یافته: ^۳ اختیارات از وزارت بهداشت به‌طور غیرمستقیم و از طریق یکی از واحدهای ستادی به واحدهای زیرمجموعه محلی انتقال می‌یابد.
 - نمایندگی: ^۴ اختیارات به خارج از وزارت بهداشت (بخش غیردولتی و خصوصی) منتقل می‌شود. مزایای نبود تمرکز عبارت است از:
- نزدیک کردن تصمیم‌سازی به جوامع خدمت‌گیرنده به‌عنوان اصل مشارکت اجتماعی،
 - نزدیک کردن تصمیم‌سازی به سطح فراهم‌کنندگان خدمات و ایجاد درآمد بیشتر،
 - احتمال (بیشتر و بالقوه) همکاری‌های بین‌بخشی و بین نمایندگی‌ها در سطوح پایین‌تر،
 - تقویت توانایی در ایجاد منابع جدید،
 - افزایش کارآمدی بیشتر در تأمین خدمات.
- معایب عمده نبود تمرکز عبارت است از:
- احتمال بروز نابرابری بین مناطق مختلف که با سازوکارهای تأمین منابع محلی تشدید می‌شود،
 - ایجاد سطوح مختلفی از استانداردهای فنی و کارشناسی بین مناطق مختلف،
 - نبود توفیق به دلیل نداشتن کارکنان آموزش دیده (در حوزه تأمین مالی) در مناطق مختلف.
- ب) همکاری‌های چند کارگزاری: ^۵ مراقبت‌های اولیه سلامت موجب شناسایی بیشتر نقش سایر کارگزاری‌ها مانند مؤسسات غیردولتی و خصوصی و نیز طب صنعتی و طب سنتی شده و کارایی منابع محدود در بخش سلامت را افزایش می‌دهد.

-
1. Decentralization
 2. Devolution
 3. Integrated Deconcentration
 4. Delegation
 5. Multiagency Collaboration

۳-۴-۲ موانع استقرار خدمات اولیه سلامت

باوجود تمامی مزایا، اگرچه استراتژی خدمات اولیه سلامت رویکردی با سیاست‌های مشخص محسوب می‌شد، ولی برخی از کشورها باوجود گذشت سال‌های طولانی نتوانستند در سیستم‌های برنامه‌ریزی خود از آن بهره ببرند. موانعی که بر سر راه استقرار این سیستم وجود داشت عبارت بود از:

۱. سوءبرداشت از مقوله خدمات اولیه سلامت: در بعضی کشورها تأکید زیادی بر کارکنان بهداشتی و بخش خدمات اولیه سلامت شده و سایر کارکنان به فراموشی سپرده شدند. برخی دیگر نیز در موضوع مشارکت اجتماعی، به جای توانمندسازی جامعه، بر تأمین منابع از طریق جامعه تأکید داشتند.

۲. انتخاب استراتژی‌های غلط: در برابر عنوان مراقبت‌های اولیه سلامتی جامع،^۱ با عنوان مراقبت‌های اولیه سلامتی انتخابی^۲ مطرح شد که در آن اولویت، با مداخله برای درمان برخی از بیماری‌هایی که به طریق ویژگی‌های متمرکز انتخاب می‌شدند بود. همین امر، منجر به ایجاد سیستم‌های عمودی گردید که خود مخالف اصول اولیه موضوع خدمات اولیه سلامت بود و مشارکت جامعه را در تعیین اولویت‌ها به حداقل می‌رساند. اگرچه امروزه بانک جهانی طرفدار ویرایش جدیدی از این استراتژی انتخابی با عنوان بسته اساسی از مراقبت‌هاست.^۳

۳. مقاومت در برابر تغییر: مشکل مهم مقاومت گروه‌های مختلف از جمله بعضی گروه‌های پزشکی و صنعتی بود که احساس می‌کردند با این سازوکار، قدرت و انحصار آن‌ها درهم شکسته می‌شود. اما مهم‌ترین مقاومت‌های صورت گرفته، مقاومت‌های سیاسی بود؛ زیرا احساس می‌شد با مطرح شدن موضوعاتی مانند؛ عدالت اجتماعی، برابری، مشارکت و توانمندسازی، ساختارهای موجود قدرت (سیاسی) در معرض مخاطره قرار می‌گیرد.

۴. مدیریت متمرکز و زیرساخت‌های برنامه‌ریزی: نبود زیرساخت‌های برنامه‌ریزی (در مناطق) در بعضی کشورها و مدیریت متمرکز موجود در اجرای سیاست عدم تمرکز، موجب بروز بعضی از مشکلات می‌گردید.

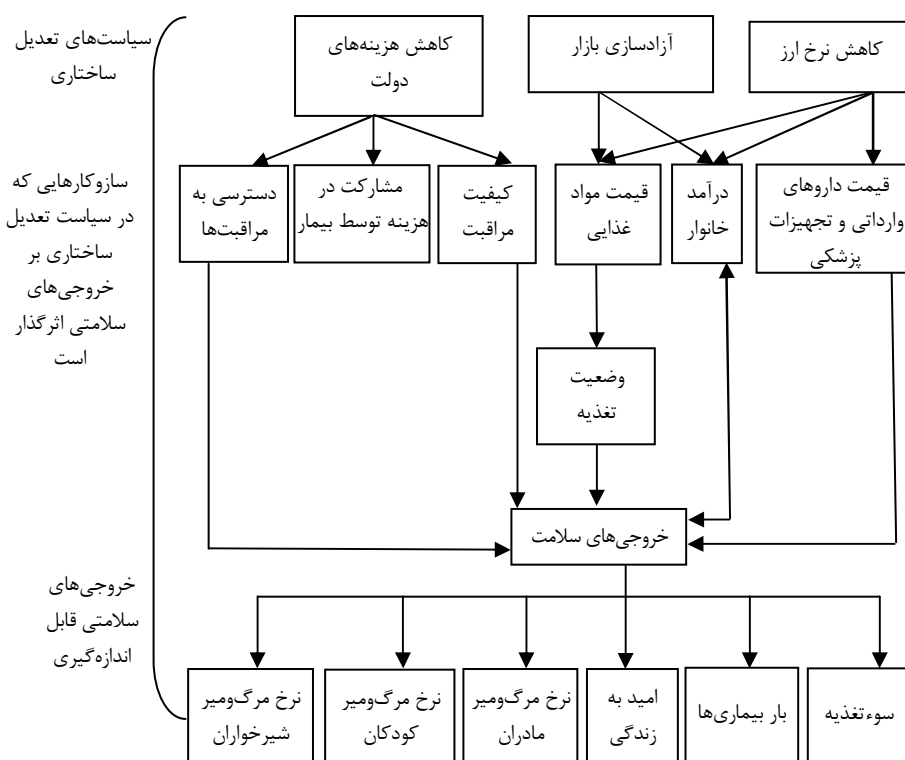
1. Comprehensive PHC

2. Selective PHC

3. Basic Package of Care

۲-۴-۴ اصلاحات در بخش سلامت^۱

اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی سیاست جهانی مشابهی با مراقبت‌های اولیه سلامتی پدیدار شد. بسیاری از کشورها باوجود گرایش به موضوع خدمات اولیه سلامت، در برابر چالش‌های سلامت پاسخ‌گو نبودند. بخش سلامت در این کشورها متمرکز، خنثی، ناکارآمد و غیرمؤثر بوده و بخش عمومی مهم‌ترین تولیدکننده خدمات سلامت محسوب می‌شد که ناچار بود با توجه به رکود اقتصادی ناشی از برنامه‌های تعدیل ساختاری، مصارف عمومی را کاهش دهد. سیاست‌های تعدیل ساختاری^۲ و چارچوب تئوریک آن در نمودار (۲-۲) آمده است.



نمودار ۲-۲ تأثیر سیاست‌های تعدیل ساختاری بر سلامت

1. Health Sector Reform
2. Structural Adjustment Policies

براساس این نمودار، چنانچه کشوری با کمبود بودجه مواجه بوده و مجبور به کاهش مصارف دولت شود و این امر بر زیرساخت‌های سلامت و مصارف آن اثر بگذارد، منجر به تغییر در خروجی‌های سلامت و بخش سلامتی می‌گردد. اقتصاد باز و یارانه‌های غذایی بر قیمت مواد غذایی اثر گذاشته و موجب تغییر و اثرگذاری بر درآمد خانواده می‌شود و توان افراد را برای هزینه در خدمات سلامتی محدود می‌کند. کاهش نرخ ارز با تأثیر بر قیمت کالاهای وارداتی و دارو و تجهیزات، صادرات را تسهیل کرده و با افزایش درآمد مردم، توان آن‌ها را برای هزینه در مصارف سلامتی بیشتر می‌نماید. اگرچه این مکانیسم‌ها کاملاً به همدیگر مرتبط‌اند ولی اثرگذاری متفاوتی بر بخش سلامت دارند.

همانند موضوع خدمات اولیه سلامت، اصول قابل قبول اصلاحات بخش سلامت برای اولین بار در سال ۱۹۹۳ میلادی گزارش توسعه جهانی^۱ اعلام گردید. در آن سال‌ها در مباحث مطرح میان صاحب‌نظران، نگرانی از پدیده جهانی‌سازی مطرح بود. اما با استقرار سازوکار اصلاحات در بخش سلامت در برخی کشورها، درک بیشتر نسبت به آن صورت گرفته و مشخص شد که مدل واحدی برای آن وجود ندارد و هر کشوری با توجه به زمینه‌های مختلف بخش سلامت خود نگاه‌های متفاوتی به آن دارد. درعین حال، اصول مشترک در بیشتر برنامه‌های اصلاحات در بخش سلامت عبارت است از:

۱. **تفکیک فعالیت‌ها:** اگرچه فعالیت‌های بخش سلامت در چهار حوزه تنظیم سیاست‌ها، تأمین مراقبت‌های سلامت، تأمین منابع مالی و تدوین مقررات تقسیم‌بندی شده و در بیشتر کشورها بخش عمومی عمده‌ترین عنصر فعال در بخش سلامت محسوب می‌شود، ولی فرضیه اصلاحات بخش سلامت در برخی از کشورها موجب جدایی خریدار از فراهم‌کننده خدمت^۲ شده است. به‌طور مثال این جدایی در نظام ملی سلامت انگلستان^۳ موجب تشدید رقابت بین فراهم‌کنندگان خدمات شده و موقعیتی را فراهم آورد تا مسئولان بخش سلامت این کشور به‌جای مدیریت تأمین مراقبت‌های سلامت، به برنامه‌ریزی استراتژیک برای این بخش مبادرت ورزند.

1. World Development Report (WDR)

2. Purchaser Provider Split

3. National Health System (NHS)

۲. افزایش نقش سازمان‌های غیرحاکمیتی: ^۱ ابتکار اصلاحات بخش سلامت موجب ارتقای نقش سازمان‌های خارج از بخش عمومی در مراقبت‌های سلامت گردید؛ زیرا اصل بر این بود که سازمان‌های غیردولتی (غیرانتفاعی) و بخش خصوصی کارآمدتر از بخش عمومی عمل می‌کنند و این موضوع نیز یکی از پیامدهای سیاست‌های تعدیل ساختاری است، اما در عمل، دلیل مستندی برای اثبات آن وجود ندارد. به‌هرحال، اصلاحات بخش سلامت موجب کاهش حجم بخش عمومی در عرضه خدمات مربوط به سلامت گردید.

۳. تقویت رویکرد بازار در روابط مدیریتی و سازمانی: این تفکر وجود دارد که رقابت موجب افزایش کارایی شده و بازشدن عرصه سلامت برای فعالیت بخش خصوصی در قلمرو جمعیتی خاص و عرصه رقابت در عقد قرارداد برای ارائه مراقبت‌های سلامت، موجب ایجاد بازارهای داخلی یا شبه‌بازار در بخش عمومی می‌گردد. یکی از روش‌های اجرای این تفکر، تدوین سازوکارهای پرداخت مبتنی بر عملکرد بوده و معایب آن عبارت است از:

۱. رقابت نیازمند وجود سازمان‌های رقیب است ^۲ که معمولاً در بازار بهداشت و درمان کمتر وجود دارد.

۲. رقابت موجب افزایش هزینه‌های فراوان ایجاد ارتباط ^۳ از طریق برگزاری مناقصه، ترتیبات قانونی برای عقد قرارداد و ... می‌شود.

۳. رقابت ممکن است موجب هدایت سازمان‌ها از تعقیب اهداف درازمدت سلامتی به تحقق اهداف کوتاه‌مدت تولیدکننده درآمد شود.

۴. تمرکززدایی: ^۴ مشابه سیاست‌های عدم تمرکز در مقوله مراقبت‌های اولیه سلامتی است.

۵. بسته‌های کلینیکی، ^۵ طب مستند محور ^۶ و اولویت‌بندی تصریحی: ^۷ محدودیت منابع در بخش سلامت، اولویت‌بندی شفاف در این بخش را ضروری می‌سازد. در گزارش سال

1. Non-state

2. Contestability

3. Transaction Cost

4. Decentralization

5. Clinical Package

6. Evidence Based Medicine (EBM)

7. Explicit Prioritization

۱۹۹۳ میلادی یکی از ابزارهای مهم تنظیم اولویت‌ها، استفاده از شاخص‌هایی است که میزان تأثیر مداخلات را سنجیده و در جهت کاهش حجم و تبعات بیماری‌ها قدم برمی‌دارد.^۱ سنجش اثربخشی مداخلات مختلف همراه با هزینه آن‌ها موجب ظهور طب مستند محور و تکنیک‌های محاسبات اقتصادی گردید.

۶. ادغام برنامه‌های عمودی:^۲ وجود برنامه‌های عمودی برای کنترل بیماری‌هایی چون سل،^۳ ایدز و ... در بعضی کشورها موجب ایجاد تشکیلات موازی، رقابت برای تأمین منابع و نبود کنترل محلی می‌شد. این برنامه‌ها اگرچه دارای مزایایی مانند جذب منابع خاص، برخورداری از پرسنل ماهر و تخصصی و اهداف مشخص برنامه‌ای بود، ولی گرایش به عدم تمرکز موجب ادغام این برنامه‌ها و افزایش کارآمدی آن‌ها می‌گردید.

۷. توجه به مصرف‌کننده:^۴ همیشه این انتقاد متوجه بخش سلامت است که بیشتر به نیازهای کارکنان سلامت پاسخ می‌دهد تا استفاده‌کنندگان از این خدمات، و استفاده از سازوکارهایی مانند مشارکت در هزینه موجب تقویت نگرش توجه به مصرف‌کنندگان، جلب مشارکت آنان از طریق سیاست‌های عدم تمرکز و نیز مشارکت در اداره مراکز درمانی می‌گردد.

۸. تغییر در رویکرد تأمین مالی: محدودیت منابع موجب تلاش برای ایجاد منابع اضافی می‌شود که از آن جمله می‌توان به مشارکت بیماران در تأمین هزینه،^۵ و منابع از جامعه^۶ و طرح‌های بیمه اجتماعی^۷ اشاره کرد. در اصلاحات سیستم سلامت، توجه به موضوع تأمین منابع به لحاظ ارائه خدمات و تأمین سلامت برای جامعه، در صدر سیاست‌ها قرار می‌گیرد و در آن پایداری منابع از اهمیت زیادی برخوردار است. به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت در پنجاه و هشتمین نشست مجمع جهانی سلامت^۸ در می ۲۰۰۵ سیاست تأمین پایدار منابع را از طریق پوشش همگانی با استفاده از بیمه اجتماعی سلامت به تصویب

1. Disability Adjusted Life Years (DALY)

2. Integration of Vertical Program

3. Tuberculosis

4. Orientation to Users

5. User Charge

6. Community Financing

7. Social Insurance

8. World Health Assembly

رساند و بر همین مبنا سیاست‌های زیر طراحی و اعلام گردید:

۱. سیاست‌گذاران در بیشتر مناطق جهان (اعم از توسعه‌یافته یا در حال توسعه) به‌طور مرتب چگونگی تأمین منابع سیستم‌های سلامت را از حیث چگونگی جمع‌آوری منابع و توزیع خطرپذیری، خدمات خریداری یا فراهم شده و چگونگی پرداخت آن به فراهم‌کنندگان بازنگری می‌کند. در این خصوص، اگرچه اهداف متفاوت است، ولی علایق مشترکی برای جمع‌آوری منابع کافی برای سلامت وجود دارد، به‌گونه‌ای که کارایی را بهبود بخشیده و ضمن کاهش هزینه و خطرپذیری مالی در دریافت مراقبت‌ها، تضمین می‌دهد که هزینه مراقبت‌ها مانع از دسترسی مردم به خدمات مورد نیاز نمی‌شود.

۲. پوشش همگانی عبارت است از دسترسی به مداخلات کلیدی سلامت، ارتقای سلامت پیشگیرانه، خدمات درمانی و بازتوانی برای همگان با هزینه منطقی و قابل قبول،^۱ و از این طریق عدالت در دسترس^۲ را به ارمغان می‌آورد. اصل حفاظت در برابر خطرپذیری مالی این تضمین را می‌دهد که هزینه مراقبت‌ها، افراد را در معرض مخاطرات ناشی از هزینه‌های کمرشکن مالی^۳ قرار نمی‌دهد. یکی از اهداف مرتبط با سیاست تأمین مالی برای سلامت، عدالت مالی^۴ است به این معنی که خانوارها براساس توانایی پرداخت هزینه‌ها در سیستم سلامت مشارکت می‌کنند. پوشش همگانی با فرضیه «سلامت برای همه» و «مراقبت‌های اولیه سلامتی» هم راستا است.

۳. تحقق پوشش همگانی به سازوکارهای سازمانی بستگی دارد که از طریق جمع‌آوری مشارکت‌های مالی به‌صورتی کارآمد و عادلانه از منابع مختلف برای سیستم سلامت صورت گرفته و به‌گونه‌ای عمل می‌کند که هزینه‌های خدمات سلامت به‌وسیله آحاد جامعه پرداخت شده و از طریق این منابع، مداخلات مؤثر سلامتی خریداری یا تأمین می‌شود.

۴. مشارکت مالی در بیشتر کشورها از محل درآمد خانوارها تأمین شده و گاه از محل کمک‌های خارجی هم تأمین می‌شود. البته شرط ارائه کمک‌های خارجی، هدایت منابع در مسیر توسعه سیستم‌های پایدار تأمین مالی و حرکت در جهت پوشش همگانی است.

-
1. Affordable
 2. Equity in Access
 3. Financial Catastrophe
 4. Equity in Financing

۵. موفقیت در مسیر دستیابی به پوشش همگانی در گرو جمع‌آوری مشارکت‌های مالی خانوار به صورت پیش پرداخت است. تأمین منابع از این طریق متکی به منابع اجباری به صورت کسورات مالیاتی یا مشارکت دستمزدی یا مشارکت‌های بیمه‌ای (اجباری) است. به همین دلیل پوشش همگانی را نمی‌توان از طریق مشارکت داوطلبانه محقق کرد.

۶. پوشش همگانی از طریق دو استراتژی منابع عمومی مالیاتی^۱ و بیمه اجتماعی سلامت^۲ قابل تحقق است که طی آن حق مشارکت در سلامت از کارگران، خویش‌فرمایان و کارگاه‌ها و دولت اخذ شده و در یک یا چند صندوق بیمه (اجتماعی) سلامت تجمیع می‌شود. در روش اول، کلیه شهروندان زیر پوشش قرار گرفته و پوشش همگانی به طور خودکار برقرار می‌شود. در روش دوم، پوشش با پرداخت سهم مشارکت ارتباط دارد، و پوشش همگانی زمانی فراهم می‌شود که سهم مشارکت کلیه افراد پرداخت شده باشد. به همین دلیل، در بیمه‌های اجتماعی منابع مختلفی تأمین منابع مالی را برعهده دارند، به گونه‌ای که دولت سهم اقشاری را که توانایی پرداخت سهم مشارکت خود را ندارند می‌پردازد و بیمه اجتماعی سلامت به روش‌های مختلف از یک صندوق واحد دولتی گرفته تا صندوق‌های متعدد غیردولتی مدیریت می‌شود.

۷. در تعدادی از کشورها مدل ترکیبی از دو رویکرد یادشده اجرا می‌شود، به گونه‌ای که بخشی از جمعیت از طریق مالیات عمومی و گروه‌های جمعیتی خاص از طریق مشارکت اجباری یا سایر روش‌های بیمه سلامت، تحت پوشش قرار می‌گیرند.

۸. هیچ نظام سلامتی قادر به تأمین کامل هزینه‌های خدمات سلامتی خارج از صندوق‌های پیش‌پرداخت و تجمیع شده از طریق مالیات یا مشارکت دستمزدی نیستند و باید به گونه‌ای طراحی شوند که هزینه‌های پرداختی مردم در زمان دریافت خدمات آن قدر زیاد نباشد که مانع از دسترسی آن‌ها به خدمات سلامت شده و توانایی پوشش هزینه‌های مالی ناشی از بیماری افراد را داشته باشد. براساس آمار و ارقام سالانه حدود ۱۷۸ میلیون نفر در جهان گرفتار هزینه‌های بالای سلامت شده و ۱۰۴ میلیون نفر آنان به ورطه فقر می‌افتند.

1. Tax Funded Health Financing
2. Social Health Insurance

۹. این واقعیت که دولت‌ها در ایجاد صندوق‌های تجميع منابع و تأمين پوشش همگانی نقش راهبردی دارند، به مفهوم ارائه خدمات سلامت توسط آنان نیست و ضرورت دارد که صرف‌نظر از نوع ارائه خدمات (دولتی، غیردولتی و ...) خرید خدمات به‌صورت فعال صورت گیرد. حکومت باید اطمینان حاصل کند که فراهم‌کنندگان خدمات، خدمات مورد نیاز جامعه را با بالاترین کیفیت ارائه می‌کنند.

۱۰. سیستم‌های تأمين مالی سلامت، پوشش همگانی را تأمين می‌کنند و گروه‌های مختلف جمعیتی از طریق سازوکارهای متفاوتی تحت پوشش قرار می‌گیرند. در دوره گذار باید شرایط به‌گونه‌ای فراهم شود که بخش‌های مجزا به هم نزدیک‌تر شده و پوشش همگانی ایجاد گردد.

۱۱. دوره گذار طولانی بوده و گاه چند دهه ادامه می‌یابد و عوامل متعددی سرعت آن را تعیین می‌کند که یکی میزان ارزش و مقبولیت فرضیه همبستگی اجتماعی در جامعه، و دیگر اثربخشی تولید و مدیریت حکومت و اعتماد مردم به دولت و مؤسسات وابسته به آن است. اقتصادهای با رشد بالا، توانایی مردم را برای مشارکت در طرح‌های تأمين منابع سلامت افزایش می‌دهند و اگر افزایش رشد به توسعه بخش رسمی منجر شود، جلب مشارکت خانوارها آسان‌تر می‌شود. لازمه این امر، برخورداری از کارکنان ماهر اجرایی است که بتوانند سیستم را در سطح ملی هدایت کنند.

۱۲. هیچ روش (جامع و کامل) یکسانی برای توصیه به تمامی کشورها وجود ندارد. از سی کشور عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه^۱ ده کشور منابع را از مشارکت‌های دستمزدی و از طریق صندوق‌های بیمه اجتماعی سلامت، دوازده کشور از طریق سیستم مالیاتی و سه کشور از طریق روش مختلط تأمين می‌کنند. به‌طور تقریبی در کلیه کشورها اتکای اصلی به مشارکت‌های تجميعی است و دولت سهم اقلی اجتماعی خاص را پرداخت می‌کند. در این کشورها مشارکت در تأمين هزینه بعضی خدمات وجود دارد، اما از حیث اثربخشی بر نتایج سلامت،^۲ پاسخ‌گویی به بیماران^۳ و

1. Organization for Economic Cooperation & Development (OECD)

2. Impact on Health Outcome

3. Responsiveness

کارایی،^۱ تفاوت چندانی میان آن‌ها دیده نمی‌شود.

۱۳. از آنجاکه میزان تأثیر سیستم‌های تأمین مالی سلامت به چگونگی تولید منابع، نحوه جمع‌آوری آن‌ها و سپس خریداری و تأمین خدمات سلامت بستگی دارد، ضروری است سازوکار لازم برای سازمان‌های عهده‌دار این وظیفه فراهم شود تا انگیزه لازم برای جمع‌آوری منابع و اتخاذ ترتیبات مناسب برای جمع‌آوری و خرید خدمات در راستای دستیابی به پوشش همگانی به‌وجود آید.

۱۴. به دلیل وجود محدودیت‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی در دوره گذار برای تأمین منابع سلامت و تحقق پوشش همگانی، نکات زیر حائز اهمیت است:

- نقش حیاتی (در زمینه^۲ سازمانی) نهادهای فعال موجود در بخش سلامت،
- تولید و مدیریت حکومت و تمایل قوی سیاسی برای ایجاد و اصلاح نظام تأمین مالی سلامت،

- وضعیت اقتصادی جامعه (از نظر رشد کلی و هم میزان رسمی بودن اشتغال) که امکان ایجاد صندوق‌های اجباری را در راستای پوشش همگانی فراهم آورد،
- برخورداری از نیروی انسانی ماهر (کافی) اجرایی در جهت انجام فعالیت‌های تأمین مالی.

۱۵. برای ایجاد تغییر در سیستم تأمین مالی سلامت باید با اتخاذ سیاست‌هایی در بخش جمع‌آوری، جمع‌آوری، خرید و ایجاد سازمان‌های مرتبط، در راه دستیابی به پوشش همگانی قدم برداشت، این سیاست باید در راستای ارزش‌های اجتماعی و اهداف جمعی نظام و کشور باشد. روش‌های پیش‌پرداخت، جمع‌آوری منابع و مخاطره‌پذیری (ریسک)، اصول اساسی حاکم بر حفاظت مالی آحاد جامعه بوده و ارائه و خرید خدمات از محل منابع جمع‌آوری، نیازمند توجهی دقیق و جدی به نیازهای جامعه با نگاه عدالت محور است. در این راستا، نقش راهبردی دولت در ایجاد و اصلاح نظام تأمین مالی سلامت برای دستیابی به هدف پوشش همگانی ضروری بوده که سیاست‌های مربوط به آن عبارت است از:

1. Efficiency
2. Context

۱. سیستم‌های تأمین مالی سلامت باید از روش پیش‌پرداخت در مشارکت‌های مالی برای مراقبت‌های سلامتی بهره برده و درجه مخاطره‌پذیری (ریسک) بیماری را در بین جمعیت به‌گونه‌ای توزیع کنند که از ایجاد هزینه‌های اضافی برای مراقبت‌های سلامت و در نتیجه فقیر شدن افراد به هنگام بروز بیماری و درمان آن پرهیز شود.
۲. زیرساخت‌های مراقبت‌های سلامت (کیفی) و منابع انسانی در بخش سلامت باید به‌طور کافی و عادلانه توزیع شود، به‌گونه‌ای که بیمه‌شدگان، خدمات سلامتی عادلانه و کیفی را براساس بسته تعریف شده خدمات دریافت دارند.
۳. منابع اهدایی کشورهای خارجی و سازمان‌های بین‌المللی برای برنامه‌های ویژه سلامتی و فعالیت‌های مرتبط با آن باید به‌گونه‌ای سازمان‌دهی و مدیریت شود که منجر به توسعه سازوکارهای تأمین منابع مالی پایدار در کل نظام سلامت شود.
۴. برای دوره گذار، طرحی درخصوص پوشش همگانی کلیه شهروندان تهیه و تدوین شود، به‌گونه‌ای که ضمن پاسخ‌گویی به نیازهای جمعیت زیر پوشش، کیفیت مراقبت‌ها را نیز بهبود ببخشد و موجب کاهش فقر، دستیابی به اهداف توسعه بین‌المللی (از جمله بیانیه اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد) و پوشش سلامت برای همه شود.
۵. در مدیریت دوره گذار، هر گزینه باید با لحاظ زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی (کلان) و سیاسی هر کشور تعریف و توصیه شود.
۶. فرصت‌های موجود برای همکاری بین فراهم‌کنندگان دولتی و خصوصی و سازمان‌های تأمین‌کننده منابع سلامتی باید تحت تولیت و مدیریت کلی حکومت صورت پذیرد.
۷. به‌منظور تبادل تجربیات بین سازمان‌ها باید روش‌های مختلف تأمین منابع سلامت شامل توسعه طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت، طرح‌های خصوصی و عمومی و ترکیبی با سازوکارهای نهادی ترکیب شود، به‌گونه‌ای که نمایانگر فعالیت‌های اصلی سیستم تأمین مالی سلامت باشد.

فصل سوم

تجارب جهانی در تنظیم
سیاست ملی سلامت

به منظور تدوین سیاست ملی سلامت، بررسی تجربه سایر کشورها به خصوص کشورهای پیشرفته‌ای که تجارب ارزنده‌ای در این زمینه دارند، ضروری است. اگرچه شرایط اجتماعی و اقتصادی کشورهای در حال توسعه مانند ایران قابل مقایسه با کشورهای پیشرفته مانند آمریکا و انگلستان و کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه نبوده و تقلید و الگوبرداری از برنامه‌ها و تجربه‌های در حال اجرا و اجرا شده قابل قبول نیست، ولی توصیه سازمان‌های بین‌المللی، استفاده از تجارب این کشورها در تدوین سیاست‌های سلامت سایر کشورهاست. به همین منظور به تجربه دو کشور انگلستان و آمریکا در این زمینه که اکنون در حال اجراست، به طور خلاصه اشاره می‌شود.^۱

۳-۱ سیاست خدمات طب ملی انگلستان^۲

۳-۱-۱ اصول کلی

اصول کلی سیاست خدمات طب ملی انگلستان به قرار زیر است:

۱. تأمین خدمات همگانی براساس نیاز کلینیکی نه توانایی پرداخت هزینه مراقبت‌های سلامت (به عنوان حق اساسی بشری)،
۲. تأمین طیف جامعی از خدمات شامل خدمات اولیه، مراقبت‌های سلامتی جامعه‌محور، مراقبت‌های میانی و بیمارستانی، با نگاه هزینه اثربخشی و خدمات اطلاع رسانی مربوط به ارتقای سلامت،

۱. شایان ذکر است که سیاست ملی سلامت کشورهایی مانند اندونزی، مالزی، کره جنوبی و چند کشور دیگر با استفاده از الگوی کشورهای آمریکا و انگلستان (البته با تغییراتی به مقتضای شرایط اجتماعی، فرهنگی و سیاسی این کشورها)، تنظیم شده که به همین دلیل از بازگویی آن‌ها خودداری شده است.

2. Health Policy for NHS

۳. بازنگری در خدمات سلامت براساس نیاز و ترجیحات بیماران، خانواده و مراقبان آنها،
 ۴. پاسخ‌گویی به نیازهای گوناگون جمعیت‌های مختلف در راستای کاهش تفاوت‌های غیرمعقول و ارتقای سطح استانداردهای خدمات،
 ۵. تلاش در جهت بهبود مستمر کیفیت خدمات و کاهش خطاهای پزشکی در راستای بهبود کارایی، بهره‌وری و عملکرد نظام سلامت،
 ۶. پشتیبانی و ارزش‌گذاری به کارکنان بخش سلامت از طریق تأمین فرصت‌های ارتقای شغلی، آموزش و توسعه مهارت آنها،
 ۷. تخصیص انحصاری منابع عمومی به بیماران زیر پوشش طب ملی و استفاده نکردن از آن برای برقراری یارانه در بخش خدمات سلامت خصوصی،
 ۸. همکاری با سایر ذی‌نفعان در جهت تضمین ارائه خدمات مناسب و سریع برای بیماران از طریق مشارکت و همفکری با بیماران، خانواده و مراقبان آنها، همکاری بین بخش‌های سلامت جامعه، سازمان‌های مختلف دولتی، بخش عمومی، سازمان‌های داوطلب و کلیه فراهم‌کنندگان خصوصی (که خدمات را در اختیار بیماران تحت پوشش طب ملی قرار می‌دهند)،
 ۹. تلاش در جهت حفظ سلامت و کاهش نابرابری‌های سلامتی از طریق کوشش در پیشگیری از بیماری و درمان عوارض آن، (با این نگاه که سلامت بستگی تام به عوامل اجتماعی، محیطی و اقتصادی مانند آموزش، مسکن، تغذیه و فقر دارد)،
 ۱۰. احترام به حفظ اسرار بیماران و دسترسی آزاد آنان به اطلاعات مربوط به خدمات، درمان و عملکرد بخش سلامت با نگاه برخورداری مردم از علوم و تکنولوژی‌های جدید براساس علایق جامعه و نیاز افراد نه توانایی مالی آنان.
- اهداف فوق به تأیید و تصویب کالج سلطنتی پزشکان لندن، کالج سلطنتی پرستاری، کالج سلطنتی جراحان، وزیر سلامت، کالج سلطنتی پزشکان عمومی، کالج سلطنتی ماماها، اتحادیه پزشکان بریتانیا، اتحادیه مدیران پزشکی بریتانیا، کنفدراسیون طب ملی، اتحادیه حکومت‌های ملی، انجمن آلزایمر، اتحادیه ملی مراقبت‌های اولیه، مرکز سرطان پستان، بنیادهای سلطنتی، اتحادیه ملی مراقبان، دانشکده طب عمومی و سلامت، مرکز

مراقبت‌های طولانی‌مدت^۱ انجمن دیابت، طب سالمندی، اتحادیه ملی قلب، انجمن سرطان و ... رسیده است. در طرح‌های ملی از نظرات صنف خدمات سلامت، گروه‌های حرفه‌ای و بیماران هم استفاده شده و برنامه طب ملی طراحی شده است.

۲-۱-۳ اهداف و مقاصد عملیاتی^۲

هدف نهایی^۳ خدمات طب ملی انگلستان عبارت است از: دگردیسی در سیستم مراقبت‌های سلامت اجتماعی به گونه‌ای که زمینه ارائه خدمات سریع‌تر و مناسب‌تر را فراهم کرده و نابرابری‌های موجود در بخش سلامت را به حداقل برساند.

۱. بهبود وضعیت سلامت برای آحاد جامعه: کاهش نرخ مرگ‌ومیر ناشی از عوامل اصلی شامل بیماری‌های قلبی (تا حداقل ۴۰ درصد)، سرطان (تا حداقل ۲۰ درصد) و خودکشی و حوادث غیرقابل پیش‌بینی (تا حداقل ۲۰ درصد)، هدف اصلی تا سال ۲۰۱۰ محسوب می‌شود. موضوع کلیدی برای دستیابی به این مقصود، استقرار چارچوب خدمات ملی برای بیماری‌های عروق کرونر، سلامت روانی و طرح ملی سرطان است. هدف از اجرای این برنامه، کاهش شکاف سلامتی میان کودکان، بین گروه‌های اجتماعی و اقتصادی مختلف و میان مناطق محروم و سایر نقاط کشور است.

۲. بهبود روند ارائه خدمات به بیماران تحت پوشش طب ملی و خدمات اجتماعی: بیماران درمان لازم را مناسب با نیاز کلینیکی خود دریافت می‌کنند، به گونه‌ای که دو سوم از مراقبت‌های سرپایی و بستری‌های انتخابی تا چهار سال بعد، از قبل تعیین شده و تا پنج سال بعد به ۱۰۰ درصد خواهد رسید. کاهش زمان — انتظار برای — نوبت مراقبت‌های سرپایی به سه ماه و حداکثر زمان انتظار برای بستری‌های انتخابی به شش ماه، حداکثر تا پنج سال بعد، هدف بعدی است. به منظور تضمین بهبود سالانه و رضایتمندی بیماران، شامل استانداردهای ممیزی و غذا در بیمارستان‌ها، این موارد توسط گروه‌های مستقل محلی ممیزی خواهد شد.

1. Long Term Care (LTC)
2. Object & Performance Targets
3. Aim

۳. **ارائه مؤثر مراقبت‌های مناسب:** تأمین مراقبت‌های کیفی قبل از بستری و بازتوانی سالمندان به‌منظور کمک به استقلال آنان از طریق کاهش میزان بستری در مورد بیماری‌های قابل پیشگیری و تضمین کاهش سالانه میزان ترخیص‌های دیرهنگام درخصوص سالمندان بالای ۷۵ سال در بیمارستان‌ها، یکی دیگر از اهداف است که انتظار می‌رود ۱۳۰,۰۰۰ بیمار از آن بهره برده و پایش پیشرفت از طریق چارچوب ارزیابی عملکرد صورت گیرد:

- بهبود سطح آموزش، مهارت و اشتغال برای کلیه افراد زیر نوزده سال، به‌گونه‌ای که این رقم از ۷۵ درصد، به پوشش ۱۰۰ درصدی در یک منطقه طی یک برنامه چهارساله برسد.

- بهبود سطح دسترسی کودکان و جوانان تحت مراقبت به آموزش از ۶ درصد به ۱۵ درصد طی یک برنامه شش‌ساله.

- تمهید مراقبت و راهنمایی مورد نیاز برای کاهش شکاف بین کودکان طی برنامه شش‌ساله.

- حداکثرسازی مشارکت مردم در مراقبت از کودکان بی‌سرپرست، به‌گونه‌ای که همه آن‌ها دارای خانواده دائمی شوند. چگونگی اجرای این برنامه توسط نخست‌وزیر اعلام می‌شود.

- افزایش سطح مشارکت معتادان مسئله‌دار در برنامه‌های ترک اعتیاد به ۵۵ درصد طی برنامه شش‌ساله و ۱۰۰ درصد طی برنامه ده‌ساله.

۴. **دسترسی مناسب:** تضمین دسترسی به مراقبت‌های اولیه حرفه‌ای طی ۲۴ ساعت و پزشک مراقب اولیه طی ۴۸ ساعت اول در یک برنامه شش‌ساله.

۵. **ارزش در ازای مبلغ هزینه شده:** هزینه مراقبت‌هایی که توسط دولت ارائه می‌شود و با شاخص‌های دسترسی مناسب، کیفیت و پاسخ‌گویی، عملکرد مناسبی دارند، معیاری برای طب ملی خواهد بود. طی برنامه‌ای پنج‌ساله تلاش می‌شود که کلیه آحاد مردم به سطح بهتری در این زمینه برسند.

۲-۳ سیاست سلامت آمریکا

این برنامه (در قالب برنامه مردمان سالم ۲۰۱۰) مبتنی بر دانش و با تکیه بر بنیان

اجماع عمومی، به گونه‌ای طراحی شده که بتواند میزان پیشرفت را اندازه‌گیری کند.

۱-۲-۳ اهداف کلان سیاست سلامت

در اهداف کلان، دستیابی به دو هدف عمده مدنظر است:

۱. افزایش طول و کیفیت عمر سالم: در این سیاست نه تنها طول عمر افزایش می‌یابد، بلکه کیفیت آن نیز بهبود پیدا می‌کند.

۲. حذف هرگونه تبعیض در بخش سلامت: تلاش می‌شود هرگونه تبعیض مربوط به جنسیت، ملیت، نژاد، سطح درآمد، آموزش، معلولیت و منطقه جغرافیایی، از بخش سلامت حذف شود.

دستیابی به اهداف کلان یادشده از طریق اجرای برنامه در ۲۸ قلمرو کانونی و دستیابی به ۴۶۷ هدف تعیین شده امکان‌پذیر خواهد بود. رویکرد نظام‌مند به بهبود سلامت، در چهار عنصر کلیدی نهفته است:

اهداف کلان،^۱ اهداف برنامه،^۲ عوامل اثرگذار بر سلامت و^۳ سطح سلامت.^۴

قلمروهای (۲۸ گانه) کانونی برنامه عبارت است از:

۱. دستیابی به خدمات سلامت کیفی،

۲. آرتريت، استئوپروز و بیماری‌های مزمن کمر،

۳. سرطان،

۴. بیماری‌های مزمن کلیه،

۵. دیابت،

۶. معلولیت و بیماری‌های ثانویه،

۷. آموزش و برنامه‌های جامعه‌محور،

۸. سلامت محیط زیست،

۹. تنظیم خانواده،

-
1. Goals
 2. Objectives
 3. Determinants of Health
 4. Health Status

۱۰. ایمنی غذا،
۱۱. ارتباطات سلامت،
۱۲. بیماری‌های قلبی و سکت،
۱۳. ویروس ایدز،
۱۴. ایمن‌سازی و بیماری‌های ایمنی،
۱۵. حوادث و پیشگیری از خشونت،
۱۶. سلامت مادر و کودک (شیرخوار)،
۱۷. ایمنی محصولات پزشکی،
۱۸. سلامت روان و اختلالات روانی،
۱۹. تغذیه و اضافه وزن،
۲۰. ایمنی و سلامت شغلی (حرفه‌ای)،
۲۱. سلامت دهان و دندان،
۲۲. فعالیت فیزیکی و تناسب اندام،
۲۳. زیرساختار سلامت عمومی،
۲۴. بیماری‌های ریوی،
۲۵. بیماری‌های انتقالی از طریق روابط جنسی،
۲۶. اعتیاد به مواد مخدر،
۲۷. مصرف دخانیات،
۲۸. بینایی و شنوایی.

۲-۳-۲ نشانه‌های پیشرو در بخش سلامت

این نشانه‌ها منعکس‌کننده نگرش‌های عمده در موضوع سلامت عمومی بوده و علت انتخاب آن‌ها وجود داده‌ها و قابلیت اندازه‌گیری میزان پیشرفت این نشانه‌هاست. نشانه‌های یادشده که مشخص‌کننده رفتارهای فردی، عوامل محیطی، اجتماعی و فیزیکی و موضوعات مهم در سیستم سلامت بوده و بر سلامت افراد و جوامع تأثیر می‌گذارد عبارت است از:

۱. **فعالیت فیزیکی:** هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت (فعالیت فیزیکی) در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

- افزایش تعداد نوجوانانی که فعالیت فیزیکی (شدید) را به‌منظور تقویت اندام قلبی و عروقی سه روز (یا بیشتر) در هفته و هر بار به مدت بیست دقیقه (یا بیشتر) انجام می‌دهند.
- افزایش تعداد بزرگسالانی که فعالیت فیزیکی متوسطی را به‌طور منظم (و ترجیحاً روزانه) حداقل به مدت سی دقیقه انجام می‌دهند.

۲. **اضافه وزن و چاقی:** اضافه وزن و چاقی، عامل عمده تعیین‌کننده در بسیاری از مرگ‌ومیرهای قابل پیشگیری است. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان کودکان، افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

- کاهش تعداد کودکان و نوجوانان چاق و دارای اضافه وزن،
- کاهش تعداد بزرگسالان چاق.

۳. **استعمال دخانیات:** کشیدن سیگار تنها عامل مهم قابل پیشگیری از بیماری و مرگ‌ومیر در آمریکاست و نسبت به ایدز، مشروبات الکلی، کوکائین، هروئین، آدمکشی، خودکشی، تصادفات و آتش‌سوزی، موجب مرگ‌میر بیشتری می‌شود. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

- کاهش مصرف دخانیات در میان نوجوانان،
- کاهش مصرف دخانیات در میان افراد بالغ.

۴. **اعتیاد به مواد مخدر:** مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر، عامل بسیاری از مشکلات جدی از جمله خشونت، حوادث و بیماری ایدز است که هزینه‌های سالانه اقتصادی آن در مورد مشروبات الکلی ۱۶۷ میلیون دلار و مواد مخدر ۱۱۰ میلیون دلار است. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:
- افزایش تعداد نوجوانانی که از مشروبات الکلی یا مواد مخدر طی سی روز گذشته استفاده نکرده‌اند.

- کاهش تعداد افراد بالغی که طی سی روز گذشته از مواد مخدر استفاده کرده‌اند،
- کاهش تعداد افراد بالغی که طی یک ماه گذشته شرب خمر را به میگزاری تبدیل کرده‌اند.

۵. **رفتارهای جنسی مسئولانه:** بارداری‌های ناخواسته و بیماری‌های انتقالی از طریق روابط جنسی شامل ایدز، ناشی از رفتارهای جنسی غیرمسئولانه است. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

- افزایش تعداد نوجوانانی که در آمیزش جنسی از روش‌های جلوگیری استفاده می‌کنند.
- افزایش تعداد افرادی که از نظر جنسی فعال بوده و از روش‌های جلوگیری استفاده می‌کنند.

۶. **سلامت روان:** سالانه به‌طور متوسط ۲۰ درصد از مردم از بیماری‌های روانی رنج می‌برند. ۱۹ میلیون نفر مبتلا به افسردگی بوده و بیش از دوسوم خودکشی‌ها در طول سال ناشی از افسردگی عمده^۱ است. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از: افزایش تعداد بزرگسالانی که افسردگی شناخته شده داشته و درمان لازم را دریافت کرده‌اند.

۷. **حوادث و خشونت:** روزانه ۴۰۰ نفر طی حوادث ترافیکی، (با) سلاح گرم، مسمومیت، خفگی، سقوط از بلندی، آتش‌سوزی و غرق‌شدگی می‌میرند. حوادث ترافیکی، شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر محسوب می‌شود. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

- کاهش میزان مرگ‌ومیرهای ناشی از تصادف،
- کاهش میزان قتل و آدم‌کشی.

۸. **کیفیت محیط زیست:** ۲۵ درصد از بیماری‌های قابل پیشگیری در جهان ناشی از کیفیت بد محیط زیست است. در آمریکا سالانه ۵۰,۰۰۰ مرگ پیش‌رس اتفاق می‌افتد که حدود ۴۰ تا ۵۰ میلیارد دلار هزینه در پی دارد. شاخص اصلی برای سنجش کیفیت محیط زیست، لایه ازن (برای سنجش کیفیت هوای فضاها (باز) و دود سیگار (برای سنجش کیفیت هوای فضاها بسته) است. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

- کاهش تعداد افراد در تماس با هوای فاقد استانداردهای آژانس حفاظت محیط

زیست آمریکا درخصوص لایه ازن،

- کاهش تعداد افراد غیرسیگاری در تماس با محیط‌های آلوده به دود سیگار.

۹. ایمن‌سازی: واکسن‌ها مهم‌ترین دست‌یافته بشر در قرن بیستم محسوب می‌شود. ایمن‌سازی با واکسن از معلولیت و مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های عفونی پیشگیری کرده و از انتشار عفونت جلوگیری می‌نماید. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

- افزایش تعداد کودکانی که کلیه واکسن‌ها را براساس توصیه‌های جهانی تا سن پنج‌سالگی دریافت کرده‌اند.

- افزایش تعداد بزرگسالان غیرساکن در آسایشگاه‌ها که سالانه بر علیه آنفولانزا واکسینه شده و در مقابل پنوموکوک ایمن شده‌اند.

۱۰. دسترسی به مراقبت‌های سلامت: عوامل تعیین‌کننده در دسترسی کیفی به مراقبت‌های سلامتی شامل مواردی چون برخورداری از بیمه سلامت (۸۳ درصد)، سطح درآمدی بالا، برخورداری منظم از یک فراهم‌کننده مراقبت‌های اولیه (۸۷ درصد) و ... است. استفاده از خدمات پیشگیرانه مانند مراقبت‌های قبل از زایمان (۸۳ درصد)، شاخص دسترسی کیفی به مراقبت‌ها تلقی می‌شود. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت عبارت است از:

- افزایش تعداد افراد برخوردار از بیمه سلامت،

- افزایش تعداد افراد برخوردار از یک منبع خاص از مراقبت‌های سلامت،

- افزایش تعداد زنان باردار، که از مراقبت‌های قبل از زایمان (در سه ماهه اول بارداری) برخوردارند.

فصل چهارم

سیاست سلامت در
ایران از منظر قوانین جاری

به منظور طراحی سیاست ملی سلامت برای کشورمان، باید به بررسی قوانین جاری پرداخته و کلیه قوانین اعم از قانون اساسی، سند چشم‌انداز بیست‌ساله، قانون برنامه چهارم توسعه، قانون بیمه همگانی، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و ... مورد توجه قرار گیرد. بررسی این قوانین از حیث سلامت (حق آحاد مردم)، جامعیت، پاسخ‌گویی به نیازهای مردم، عدالت در سلامتی (دسترسی و مشارکت مالی)، احترام به حقوق بیمار، رضایت‌مندی کلیه ذی‌نفعان^۱ و کیفیت خدمات، می‌تواند نگاه کلان کشور به امر سلامت را روشن سازد.

۱-۴ قانون اساسی

اصول مرتبط با سلامت در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران عبارت است از:

۱. بند «۱۲» اصل سوم: پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه برطبق ضوابط اسلامی برای ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار، بهداشت و تعمیم بیمه.
۲. بند «۲» اصل بیست‌ویکم: حمایت از مادران به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند.
۳. بند «۴» اصل بیست‌ویکم: ایجاد بیمه خاص برای زنان بیوه، سالخورده و بی‌سرپرست.
۴. اصل بیست‌ونهم: برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری،

1. Stakeholders

پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، درراه‌ماندگی، حوادث، سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت موظف است برطبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی یادشده را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند.

۵. بند «۱» اصل چهل‌وسوم: تأمین نیازهای اساسی مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت و درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.

۲-۴ سند چشم‌انداز

در سند چشم‌انداز، موارد و تأکیدات مربوط به بخش سلامت عبارت است از:

۱. تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ارتقای سطح شاخص‌های آموزش، سلامت، امنیت غذایی، فرهنگ و تربیت اسلامی و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی،
۲. آمایش سرزمینی مبتنی بر اصول ملاحظات امنیتی و دفاعی، کارایی و بازدهی اقتصادی، وحدت و یکپارچگی سرزمین، گسترش عدالت اجتماعی و تعادل‌های منطقه‌ای، حفاظت محیط زیست و احیای منابع طبیعی، حفظ هویت اسلامی، ایرانی و حراست از میراث فرهنگی، تسهیل و تنظیم روابط درونی و بیرونی اقتصاد کشور و توجه به توسعه متکی بر منابع داخلی و رفع محرومیت‌ها خصوصاً در مناطق روستایی کشور،
۳. تأمین امنیت غذایی کشور با تکیه بر تولید از منابع داخلی و خودکفایی در تولید محصولات اساسی کشاورزی،
۴. ایجاد فرصت‌های برابر، مهار تورم و افزایش قدرت خرید گروه‌های متوسط، کم‌درآمد و اقشار آسیب‌پذیر و کاهش فاصله بین دهک‌های بالا و پایین درآمدی جامعه،
۵. ارتقای سطح درآمد و زندگی روستاییان و کشاورزان، توسعه پایدار روستاها و رفع فقر با تقویت زیرساخت‌های مناسب تولید و تنوع‌بخشی و گسترش فعالیت‌های مکمل و اقتصادی به‌ویژه صنایع تبدیلی و کوچک و خدمات نوین.

در متنی که با عنوان سند چشم‌انداز بلندمدت به تصویب هیئت وزیران رسیده، موارد و تأکیدات زیر ملاحظه می‌شود:

- تضمین حقوق مدنی و انسانی و دسترسی به فرصت‌های برابر برای افراد جامعه و

احترام به نهادینه شدن حقوق معنوی افراد،
- بهبود کیفیت زندگی، سلامت، امنیت غذایی، تربیت بدنی، رفع فقر و حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و تحقق عدالت اجتماعی،
- دگرگونی در نظام پرداخت یارانه‌ها و پرداخت‌های انتقالی دولت و شفاف‌سازی یارانه‌های پنهان در اقتصاد کشور همراه و هم‌زمان با اجرای سیاست‌های جبرانی و تقویت نظام‌های جامع تأمین اجتماعی و حمایت از قشرهای محروم،
- تأمین امنیت غذایی کشور با تأکید بر خودکفایی نسبی در تولید محصولات کشاورزی،
- آمایش سرزمین، امور زیست‌محیطی و توسعه پایدار،
- تحقق توسعه پایدار مبتنی بر دانایی در عرصه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و زیست‌محیطی کشور به‌نحوی که ضمن ارتقای کیفیت زندگی، حقوق نسل‌های کنونی و آینده نیز محفوظ بماند.
در یکی از بندهای سند چشم‌انداز، برخورداری از سلامت، رفاه و امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب به‌عنوان یکی از اهداف آرمانی جمهوری اسلامی ایران مطرح شده است:
- تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابر و ارتقای سطح شاخص‌هایی از قبیل آموزش، سلامت، تأمین غذا، افزایش درآمد سرانه و مبارزه با فساد،
- ایجاد نظام جامع تأمین اجتماعی برای حمایت از حقوق محرومان و مستضعفان و مبارزه با فقر و حمایت از نهادهای عمومی و مؤسسات و خیریه‌های مردمی با رعایت ملاحظات دینی و انقلابی.

۳-۴ برنامه چهارم توسعه

مواد مختلفی از قانون برنامه چهارم به موضوع سلامت پرداخته است. برای حفظ انسجام مطلب ابتدا به مواد بخش سوم این قانون که اختصاص به موضوع بهداشت و درمان دارد پرداخته شده و سپس به سایر موادی که به‌طور غیرمستقیم با موضوع سلامت مرتبط است اشاره می‌شود.

۱-۳-۴ مواد بخش سوم (برنامه)

مواد مرتبط در این بخش (توسعه سلامت امنیت انسانی و عدالت اجتماعی) به قرار زیر است:
ماده (۸۴): دولت موظف است به منظور نهادینه کردن مدیریت، سیاست گذاری، ارزشیابی و هماهنگی این قلمرو از جمله: امنیت غذا و تغذیه در کشور، تأمین سبد مطلوب غذایی و کاهش بیماری های ناشی از سوء تغذیه و گسترش سلامت همگانی در کشور، اقدام های ذیل را به عمل آورد:

الف) تشکیل «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی»،

ب) تهیه و اجرای برنامه های آموزشی لازم به منظور ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه. سازمان صداوسیما جمهوری اسلامی ایران و دستگاه های اجرایی مکلفند در تدوین و اجرای برنامه جامع یادشده با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری و از تبلیغ کالاهای مضر به سلامتی خودداری نمایند،

ج) تخصیص منابع اعتباری، تسهیلات بانکی و یارانه ای لازم برای تولید، تأمین، توزیع و مصرف مواد غذایی، در جهت دستیابی به سبد مطلوب غذایی و اختصاص منابع لازم برای شروع و تدارک برای ترویج غذای سالم در قالب میان وعده غذایی دانش آموزان و همچنین کمک غذایی برای اقشار نیازمند،

د) تهیه و اجرای برنامه های ایمنی غذا و کاهش ضایعات مواد غذایی از تولید به مصرف.
ماده (۸۵): دولت موظف است ظرف مدت شش ماه پس از تصویب قانون، لایحه حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه و کاهش مخاطرات تهدیدکننده سلامتی را مشتمل بر نکات ذیل تهیه و جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارائه کند:

الف) کاهش حوادث حمل و نقل، از طریق شناسایی نقاط و محورهای حادثه خیز جاده ها و راه های مواصلاتی و کاهش نقاط مذکور به میزان پنجاه درصد تا پایان برنامه چهارم،

ب) تأکید بر رعایت اصول ایمنی و مقررات راهنمایی و رانندگی،

ج) سامان دهی و تکمیل شبکه فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی کشور و کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل به میزان پنجاه درصد تا پایان برنامه چهارم،

د) ارتقای طرح ایمنی وسایط نقلیه موتوری و اعمال استانداردهای مهندسی انسانی

و ایمنی لازم،

ه) کاهش مخاطرات تهدیدکننده سلامتی در محیط کار، آلاینده‌های هوا، آب، خاک، محصولات کشاورزی و دامی و تعریف مصادیق، میزان و نحوه تعیین و وصول عوارض و جرائم جبرانی و چگونگی مصرف منابع حاصله.

ماده (۸۶): وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذی‌ربط مکلف‌اند، تا پایان سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اقدامات لازم را جهت کاهش خطرات و زیان‌های فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان بیماری‌های ایدز و نیز کاهش بار بیماری‌های روانی معمول دارند.

ماده (۸۷): وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به‌منظور زمینه‌سازی برای حضور مؤثر در بازاریابی جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، در چارچوب سیاست‌های راهبردی تجاری، تسهیلات لازم را درخصوص معرفی توانایی‌ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فراورده‌های پزشکی و دارویی ارائه نماید، به‌نحوی که مقدار ارز حاصل از صادرات خدمات و تولیدات مزبور معادل سی درصد مصارف ارزی بخش بهداشت و درمان، در پایان سال پایانی برنامه چهارم باشد.

ماده (۸۸): وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به‌منظور ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی و درمانی کشور، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:

الف) تدوین، نظارت و ارزشیابی استانداردها و شاخص‌های بهبود کیفیت خدمات و اصلاح رتبه‌بندی بیمارستان‌ها براساس الگوی ارتقای عملکرد بالینی،

ب) مشتری‌مدار نمودن واحدهای بهداشتی، درمانی، از طریق اصلاح فرایندها و ساختار مدیریت اقتصادی (از جمله اصلاح نظام حسابداری، پرداخت مبتنی بر عملکرد، بودجه‌ریزی عملیاتی)،

ج) اداره بیمارستان‌های پیشنهادی دانشگاه‌های علوم پزشکی، به‌صورت هیئت امنایی یا شرکتی و تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به‌کارگیری نیروی انسانی و اداری - مالی به آن‌ها در چارچوب تعرفه‌های مصوب،

د) تفکیک بیمارستان‌ها، از نظر تخت‌های آموزشی و غیرآموزشی و اعمال شاخص‌های

اعتباری و نیروی انسانی براساس آن،

ه) طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت شهروندان ایرانی.

ماده (۸۹): وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارائه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور را مبتنی بر سطح‌بندی خدمات طراحی نماید. ایجاد، توسعه و تجهیز یا تغییر در ظرفیت‌های پزشکی و درمانی کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات، مطابق با سطح‌بندی خدمات درمانی کشور انجام خواهد شد. احداث، ایجاد و توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی توسط دستگاه‌های موضوع ماده (۱۶۰) این قانون و نیروهای مسلح، صرفاً با تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیئت وزیران امکان‌پذیر خواهد بود. درخصوص واحدهای سلامت و ایمنی محیط کار،^۱ طبق مقررات اختصاصی ذی‌ربط عمل خواهد شد.

تبصره- مفاد این ماده شامل خدمات بهداشتی درمانی که از طریق سرمایه‌گذاری و اداره بخش خصوصی انجام می‌گردد، نمی‌باشد.

ماده (۹۰): به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آن‌ها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به نود درصد ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد کاهش یابد.

ماده (۹۱): به منظور افزایش اثربخشی نظام ارائه خدمات سلامت در کشور و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، اقدام‌های ذیل انجام خواهد شد:

الف) کلیه شرکت‌های بیمه تجاری و غیرتجاری صرفاً با رعایت قوانین و مقررات شورای عالی بیمه خدمات درمانی مجاز به ارائه خدمات بیمه پایه و مکمل هستند،

1. Health and Safety Executive (HSE)

ب) تا پایان برنامه چهارم، شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم کند،

ج) به منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، خدمات بیمه پایه درمانی روستاییان عشایری، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا می‌شود،

د) کلیه اتباع خارجی مقیم کشور موظف به دارا بودن بیمه‌نامه برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران هستند،

ه) تأمین اعتبار بیمه‌های خدمات درمانی در بودجه‌های سنواتی در طول برنامه چهارم براساس سرانه واقعی خواهد بود که سالانه به تصویب هیئت دولت می‌رسد.

ماده (۹۲): وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی، در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی اقدام کند. به منظور تأمین منابع لازم برای ارائه خدمات فوق، عوارضی معادل ده درصد حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکت‌های بیمه تجاری وصول و به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌گردد و هزینه‌های درمان کلیه مصدومان ترافیکی، جاده‌ای و رانندگی از محل وجوه واریز شده به این حساب و سایر منابع موجود پرداخت خواهد شد. توزیع این منابع براساس عملکرد هریک از سازمان‌های بیمه‌گر پایه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هر شش ماه یکبار صورت خواهد گرفت.

ماده (۹۳):

الف) به منظور تنظیم بازار دارو، فهرست داروهای مجاز همه‌ساله توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌شود. ورود، عرضه و تجویز دارو خارج از فهرست فوق ممنوع است،

ب) عرضه دارو (به‌استثنای داروهای غیرنسخه‌ای که فهرست آن‌ها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌شود) به مصرف‌کننده نهایی خارج از داروخانه‌ها ممنوع است،

ج) به منظور تضمین داروهای تولیدی، کلیه کارخانه‌های تولیدکننده دارو موظفند با ایجاد کنترل کیفیت و به‌کارگیری متخصصین ذی‌ربط نسبت به کنترل کیفیت تولیدات خود اقدام نمایند. به این منظور به کارخانه‌های ذی‌ربط اجازه داده می‌شود با هماهنگی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از پنجاه درصد درآمد موضوع «قانون اصلاح بند ۲» تبصره ۲» ماده (۵) قانون لزوم بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی مصوب ۱۳۷۱/۶/۱۵، در قالب بودجه‌های سالانه استفاده کنند.

ماده (۹۴): ماده (۱۹۴) «قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۷۹/۱/۱۷ و اصلاحیه‌های آن» برای دوره برنامه چهارم (۱۳۸۸-۱۳۸۴) تنفیذ می‌گردد.

در ماده (۱۹۴) تکلیف شده که کلیه مراکز تولید و توزیع مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و همچنین مراکزی که در زمینه‌های فوق خدماتی را ارائه می‌کنند موظفند ضمن رعایت ضوابط بهداشتی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذی‌ربط اعلام می‌گردد، نسبت به اخذ تأییدیه ادواری از افراد حقیقی یا حقوقی (دولتی یا غیردولتی) که صلاحیت آن‌ها حسب مورد از طرف دستگاه‌های سابق‌الذکر برای مدت معین تأیید شده است اقدام کنند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذی‌ربط موظفند حسب مورد بر خدمات افراد حقیقی یا حقوقی تأیید صلاحیت شده به‌صورت مستمر نظارت و در صورت مشاهده تخلف ضمن رد صلاحیت آن‌ها موضوع را به مراجع قانونی ارجاع نمایند.

ماده (۹۵): دولت مکلف است، به‌منظور استقرار عدالت و ثبات اجتماعی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، کاهش فاصله دهک‌های درآمدی و توزیع عادلانه درآمد در کشور و نیز کاهش فقر و محرومیت و توانمندسازی فقرا، از طریق تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تأمین اجتماعی و یارانه پرداختی، برنامه‌های جامع فقرزدایی و عدالت اجتماعی را با محورهای ذیل تهیه و به اجرا بگذارد و ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون، نسبت به بازنگری مقررات و همچنین تهیه لوایح برای تحقق سیاست‌های ذیل اقدام نماید:

الف) گسترش و تعمیق نظام جامع تأمین اجتماعی، در ابعاد جامعیت، فراگیری و اثربخشی،

ب) اعمال سیاست‌های مالیاتی، با هدف بازتوزیع عادلانه درآمدها،

ج) تعیین خط فقر و تبیین برنامه‌های توانمندسازی متناسب و سامان‌دهی نظام

خدمات حمایت‌های اجتماعی، برای پوشش کامل جمعیت زیر خط فقر مطلق و نظام

تأمین اجتماعی، برای پوشش جمعیت بین خط فقر مطلق و خط فقر نسبی و پیگیری و ثبت مستمر آثار برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی بر وضعیت خط فقر، جمعیت زیر خط فقر، همچنین میزان درآمد سه دهک پایین درآمدی و شکاف فقر و جبران آثار برنامه‌های اقتصادی، اجتماعی به سه دهک پایین درآمدی از طریق افزایش قدرت خرید آنان،

دولت موظف است کلیه خانوارهای زیر خط فقر مطلق را حداکثر تا پایان سال دوم برنامه به‌صورت کامل توسط دستگاه‌ها و نهادهای متولی نظام تأمین اجتماعی شناسایی و تحت پوشش قرار دهد.

د) طراحی برنامه‌های ویژه اشتغال، توانمندسازی، جلب مشارکت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی، به‌ویژه برای جمعیت‌های سه دهک پایین درآمدی در کشور،

ه) ارتقای مشارکت نهادهای غیردولتی و مؤسسات خیریه، در برنامه‌های فقرزدایی و شناسایی کودکان یتیم و خانواده‌های زیر خط فقر، در کلیه مناطق کشور توسط مدیریت‌های منطقه‌ای و اعمال حمایت‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی برای افراد یادشده توسط آنان و دستگاه‌ها و نهادهای مسئول در نظام تأمین اجتماعی،

و) امکان تأمین غذای سالم و کافی، در راستای سبد مطلوب غذایی و تضمین خدمات بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی رایگان و تأمین مسکن ارزان‌قیمت، همچنین حصول اطمینان از قرار گرفتن جمعیت کمتر از هجده سال تحت پوشش آموزش عمومی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پایین درآمدی، از طریق جابه‌جایی و تخصیص کارآمد منابع یارانه‌ها،

ز) فراهم کردن حمایت‌های حقوقی، مشاوره‌های اجتماعی و مددکاری، برای دفاع از حقوق فردی، خانوادگی و اجتماعی فقرا،

ح) اتخاذ رویکرد توانمندسازی و مشارکت محلی، براساس الگوی نیازهای اساسی توسعه و تشخیص نیاز توسط جوامع محلی برای ارائه خدمات اجتماعی، از طریق نظام انگیزشی برای پروژه‌های عمرانی کوچک، متناسب با ظرفیت‌های محلی، از طریق اعمال موارد فوق در سطوح محلی و با جلب مشارکت‌های عمومی،

ط) طراحی روش‌های لازم برای افزایش بهره‌وری و درآمد روستاییان و عشایر،

ایجاد فرصت‌های اشتغال به‌ویژه در دوره‌های زمانی خارج از فصول کاشت و برداشت با رویکرد مشارکت روستاییان و عشایر، با حمایت از صندوق قرض‌الحسنه توسعه اشتغال روستایی و صندوق اشتغال نیازمندان.

ماده (۹۶): دولت مکلف است با توجه به استقرار سازمانی نظام جامع تأمین اجتماعی در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، پوشش جمعیتی، خدمات و حمایت‌های مالی مورد نظر در اصل بیست‌ونهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران را طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، از طریق فعالیت‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی به‌صورت تدریجی و به‌شرح ذیل افزایش و به اجرا بگذارد:

الف) افزایش پوشش بیمه‌های اجتماعی با توجه خاص به روستاییان و عشایر و شاغلین شهری که تاکنون تحت پوشش نبوده‌اند، به‌نحوی که برنامه بیمه‌های اجتماعی روستاییان و عشایر، با مشارکت دولت و روستاییان و عشایر پس از تهیه و تصویب دولت از سال دوم برنامه چهارم به اجرا گذاشته شود،

ب) پوشش کامل (صد درصد) جمعیتی از بیمه همگانی پایه خدمات درمانی،

ج) تأمین بیمه خاص (در قالب فعالیت‌های حمایتی) برای حمایت از زنان سرپرست خانوار و افراد بی‌سرپرست با اولویت کودکان بی‌سرپرست،

د) هدفمند نمودن فعالیت‌های حمایتی جهت توانمندسازی افراد تحت پوشش مؤسسات و نهادهای حمایتی در راستای ورود به پوشش بیمه‌ای،

ه) اتخاذ تمهیدات لازم جهت بازپرداخت بدهی دولت به سازمان‌های بیمه‌ای، به‌نحوی که ضمن جلوگیری از ایجاد بدهی جدید تا پایان برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، کل بدهی دولت به سازمان‌های بیمه‌ای تسویه شده باشد،

و) اتخاذ تدابیر مورد نیاز برای کاهش طول دوره استفاده از مقرری بیکاری در جهت تنظیم بازار کار، افزایش سابقه مورد نیاز برای احراز مقرری بیمه بیکاری در سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران،

ز) با توجه به تغییرات و روند صعودی شاخص‌های جمعیتی امید به زندگی و لزوم پایداری صندوق‌های بیمه‌ای اجتماعی و اصلاحات منطقی در مبانی محاسباتی آن‌ها،

دولت موظف است با استفاده از تجربه جهانی در چارچوب محاسبات بیمه‌ای اقدامات لازم را معمول دارد،

ح) در صورتی که نرخ رشد دستمزد اعلام شده کارگران در دو سال آخر خدمت آن‌ها بیش از نرخ رشد طبیعی دستمزد کارگران بوده و با سال‌های قبل سازگار نباشد، مشروط بر آنکه این افزایش دستمزد به دلیل ارتقای شغلی نباشد، سازمان تأمین اجتماعی علاوه بر دریافت مابه‌التفاوت میزان کسور سهم کارگران و کارفرما به نسبت دستمزد واقعی و دستمزد اعلام شده سال‌های قبل از کارفرمای ذی‌ربط، خسارت وارده بر اساس لایحه‌ای خواهد بود که توسط هیئت وزیران تهیه و برای تصویب به مجلس شورای اسلامی تقدیم می‌شود.

ماده (۹۷): دولت مکلف است به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، مشتمل بر محورهای ذیل اقدام نماید:

الف) ارتقای سطح بهداشت روان، گسترش خدمات مددکاری اجتماعی، تقویت بنیان خانواده و توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب،

ب) بسط و گسترش روحیه نشاط، شادابی، امیدواری، اعتماد اجتماعی، تعمیق ارزش‌های دینی و هنجارهای اجتماعی،

ج) شناسایی نقاط آسیب‌خیز و بحران‌زای اجتماعی در بافت شهری و حاشیه شهرها و تمرکز بخشیدن حمایت‌های اجتماعی، خدمات بهداشتی - درمانی، مددکاری، مشاوره اجتماعی و حقوقی و برنامه‌های اشتغال حمایت شده، با اعمال راهبرد همکاری بین‌بخشی و سامانه مدیریت آسیب‌های اجتماعی در مناطق یادشده،

د) پیشگیری اولیه از بروز آسیب‌های اجتماعی از طریق: اصلاح برنامه‌های درسی دوره آموزش عمومی و پیش‌بینی آموزش‌های اجتماعی و ارتقای مهارت‌های زندگی، ه) خدمات‌رسانی به موقع به افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی با مشارکت سازمان‌های غیردولتی،

و) بازتوانی آسیب‌دیدگان اجتماعی و فراهم نمودن زمینه بازگشت آن‌ها به جامعه،

ز) تهیه طرح ملی مبارزه با مواد مخدر و روان‌گردان براساس محورهای ذیل:

۱. پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و قاچاق آن با استفاده از تمامی امکانات و توانمندی‌های ملی،
 ۲. در اولویت قراردادن استراتژی کاهش آسیب و خطر، کار درمانی، آموزش مهارت‌های زندگی سالم، روان‌درمانی، درمان اجتماع‌مدار معتادان و بهره‌گیری از سایر یافته‌های علمی و تجارب جهانی در اقدام‌ها و برنامه‌ریزی‌های عملی،
 ۳. جلوگیری از تغییر الگوی مصرف مواد مخدر به داروهای شیمیایی و صنعتی،
 ۴. جلوگیری از هرگونه تطهیر عواید ناشی از فعالیت‌های مجرمانه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها،
 ۵. به‌کار گرفتن تمام امکانات و توانمندی‌های ملی برای مقابله با حمل‌ونقل و ترانزیت مواد مخدر و همچنین عرضه و فروش آن در سراسر کشور،
 ۶. تقویت نقش مردم و سازمان‌های غیردولتی در امر پیشگیری و مبارزه با اعتیاد.
 - ح) تداوم اجرای طرح سامان‌دهی و توان‌بخشی بیماران روانی مزمن با پوشش حداقل هفتادوپنج درصد جمعیت هدف در پایان برنامه،
 - ط) تداوم اجرای طرح سامان‌دهی و توان‌بخشی سالمندان با پوشش حداقل بیست‌وپنج درصد جمعیت هدف،
 - ی) تهیه و تدوین طرح جامع توانمندسازی زنان خودسرپرست و سرپرست خانوار با همکاری سایر سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط و تشکل‌های غیردولتی و تصویب آن در هیئت وزیران در شش‌ماهه نخست سال اول برنامه،
 - ک) سامان‌دهی و توسعه مشارکت‌های مردمی و خدمات داوطلبانه در عرصه بهزیستی و برنامه‌ریزی و اقدامات لازم برای حمایت از مؤسسات خیریه و غیردولتی با رویکرد بهبود فعالیت،
 - ل) افزایش مستمری ماهیانه خانواده‌های نیازمند و بی‌سرپرست و زنان سرپرست خانواده تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی بر مبنای چهل درصد حداقل حقوق و دستمزد در سال اول برنامه.
- ماده (۱۰۳): ماده (۴۲)، بند «الف» ماده (۴۶) و مواد (۴۸) الی (۵۱) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۷۹/۱/۱۷ و

اصلاحیه‌های آن برای دوره برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۴-۱۳۸۸) تنفیذ می‌گردد.

براساس ماده (۴۲) قانون برنامه سوم، کلیه بیمه‌شدگان (به‌استثنای کادر نیروهای مسلح و کارکنان وزارت اطلاعات) می‌توانند نسبت به تغییر سازمان بیمه‌ای خود اقدام کنند. نقل‌وانتقال حق بیمه و کسورات بیمه‌ای بین صندوق‌های بیمه‌ای براساس ضوابطی خواهد بود که حداکثر طی مدت شش‌ماه توسط سازمان امور اداری و استخدامی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و براساس محاسبات بیمه‌ای تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

۲-۳-۴ سایر مواد مرتبط

ماده (۵): به‌منظور تحقق اهداف و شاخص‌های کمی مربوط به ارتقای بهره‌وری کل عوامل تولید مندرج در جدول شماره ۲-۲ (بخش هفتم این قانون):

الف) تمامی دستگاه‌های اجرایی ملی و استانی مکلف‌اند در تدوین اسناد ملی، بخشی، استانی و ویژه سهم ارتقای بهره‌وری کل عوامل تولید در رشد مربوطه را تعیین کرده و الزامات و راهکارهای لازم برای تحقق آن‌ها را برای تحول کشور از یک اقتصادی نهاده‌محور به یک اقتصاد بهره‌ورمحور با توجه به محورهای زیر مشخص کنند، به‌طوری‌که سهم بهره‌وری کل عوامل در رشد تولید ناخالص داخلی حداقل به سی و یک و سه دهم درصد برسد:

۱. هدف‌گذاری‌های هر بخش و زیربخش با شاخص‌های ستانده به نهاده مشخص گردد به‌طوری‌که متوسط رشد سالانه بهره‌وری نیروی کار، سرمایه و کل عوامل تولید به مقادیر حداقل ۳/۵، ۱ و ۲/۵ درصد برسد ...

ماده (۱۸): دولت مکلف است ظرف مدت شش‌ماه پس از تصویب این قانون، برنامه توسعه بخش کشاورزی و منابع طبیعی را با محوریت خودکفایی در تولید محصولات اساسی کشاورزی، تأمین امنیت غذایی، اقتصادی نمودن تولید و توسعه صادرات محصولات کشاورزی، ارتقای رشد ارزش‌افزوده بخش کشاورزی حداقل به میزان رشد پیش‌بینی شده در جدول (۲) بخش هفتم این قانون را تهیه و از طریق انجام اقدامات

ذیل به مرحله اجرا درآورد:

- افزایش تولید مواد پروتئینی دام و آبزیان در راستای اصلاح ساختار تغذیه به نحوی که سرانه سهم پروتئین حیوانی در الگوی تغذیه به بیست و نه گرم افزایش یابد.
ماده (۲۸): به منظور تقویت اقتصاد حمل و نقل، بهره‌برداری مناسب از موقعیت سرزمینی کشور، افزایش ایمنی و سهولت حمل و نقل بار و مسافر، دولت موظف است در چارچوب برنامه توسعه حمل و نقل کشور که به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید اهداف زیر را در برنامه چهارم توسعه محقق کند ...:

الف) حذف کامل نقاط سانحه‌خیز شناسایی شده در آزادراه‌ها، بزرگراه‌ها و راه‌های اصلی کشور.

ماده (۳۰): دولت موظف است به منظور هویت بخشی به سیمای شهر و روستا، استحکام بخشی ساخت و سازها، دستیابی به توسعه پایدار و بهبود محیط زندگی در شهرها و روستاها، اقدام‌های ذیل را در بخش‌های عمران شهری و روستایی و مسکن به عمل آورد:

الف) هویت بخشی به سیما و کالبد شهرها حفظ و گسترش فرهنگ معماری و شهرسازی و سامان‌دهی ارائه خدمات شهری از طریق: ...

۴. ارتقای شاخص‌های جمعیت تحت پوشش شبکه آب شهری و فاضلاب شهری به ترتیب تا سقف صد درصد و چهل درصد ...

ب) ایمن سازی و مقاوم سازی ساختمان‌ها و شهرها به منظور کاهش خسارات انسانی و اقتصادی ناشی از حوادث غیرمترقبه.

ماده (۶۱): دولت مکلف است، که در طول برنامه چهارم اقدام‌های ذیل را به عمل آورد:

الف) طرح خوداظهاری برای پایش منابع آلودکننده را آغاز کند. کلیه واحدهای تولیدی، خدماتی و زیربنایی باید براساس دستورالعمل سازمان حفاظت محیط زیست نسبت به نمونه برداری و اندازه گیری آلودگی‌ها و تخریب‌های خود اقدام و نتیجه را به سازمان مذکور ارائه دهند. واحدهایی که تکالیف این بند را مراعات ننمایند، مشمول ماده (۳۰) «قانون نحوه جلوگیری از آلودگی هوا مصوب ۱۳۷۴/۲/۳» خواهند بود،

ب) به منظور جلوگیری از افزایش بی‌رویه مصرف سموم دفع آفات نباتی و کودهای شیمیایی، اتخاذ روشی کند که موجبات استفاده بیشتر از کود کمپوست و مبارزه

بیولوژیک، به تدریج فراهم شود. ضوابط ورود، ساخت، فرمولاسیون و مصرف کودهای شیمیایی و سموم دفع آفات نباتی از جهت تأثیرات زیست‌محیطی را توسط وزارتخانه‌های جهاد کشاورزی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان حفاظت محیط زیست و مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران تهیه و به تصویب هیئت وزیران برساند،

ج) ارائه برنامه مدیریت پسماندهای کشور و اتخاذ روشی که با همکاری شهرداری‌ها، بخشداری‌ها، دهیاری‌ها در وهله اول در سه استان مازندران، گیلان و گلستان اجرا شود، به طوری که در پایان برنامه چهارم، جمع‌آوری، حمل‌ونقل، بازیافت و دفع کلیه پسماندها با روش‌های فنی زیست‌محیطی و بهداشتی انجام شود. همچنین ضمن تأمین اعتبارات لازم، کلیه شبکه‌ها و تأسیسات جمع‌آوری و تصفیه فاضلاب در دست اجرای استان‌های خوزستان، گیلان، مازندران، گلستان و تهران و شهرهای مراکز استان‌ها را تکمیل و به مرحله بهره‌برداری رسانده و مطالعات سایر شهرها را انجام و با توجه به اولویت به مرحله اجرا برساند.

ماده (۱۳۵): نقش و وظایف دولت، در حوزه‌های «امور حاکمیتی»، «امور تصدی‌های اجتماعی، فرهنگی و خدماتی»، «امور زیربنایی» و «امور تصدی‌های اقتصادی» تعریف و به شرح ذیل تنظیم گردد:

الف) امور حاکمیتی

امور حاکمیتی دولت، که تحقق آن موجب اقتدار حاکمیت کشور است و منافع آن بدون محدودیت شامل همه اقشار جامعه می‌گردد عبارتند از:

۱. سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت در بخش‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی،

۲. برقراری عدالت و تأمین اجتماعی و بازتوزیع درآمد،

۳. ایجاد فضای سالم، برای رقابت و جلوگیری از انحصار و تضییع حقوق مردم،

۴. فراهم نمودن زمینه‌ها و مزیت‌های لازم، برای رشد و توسعه کشور و رفع فقر و

بیکاری،

۵. قانون‌گذاری، امور ثبتی، استقرار نظم و امنیت و اداره امور قضایی،

۶. حفظ تمامیت ارضی کشور و ایجاد آمادگی دفاعی ملی،

۷. صیانت از هویت ایرانی-اسلامی،
۸. اداره امور داخلی، مالیه عمومی، تنظیم روابط کار و روابط خارجی،
۹. حفظ محیط زیست و حفاظت از منابع طبیعی و میراث فرهنگی،
۱۰. علوم و تحقیقات بنیادی، آمار و اطلاعات ملی،
۱۱. پیشگیری از بیماری‌های واگیر، مقابله و کاهش آثار حوادث طبیعی و بحران‌های پیچیده.

ب) امور تصدی‌های اجتماعی، فرهنگی و خدماتی

آن دسته از وظایفی است که، منافع اجتماعی حاصل از آن‌ها نسبت به منافع فردی برتری دارد و موجب بهبود وضعیت زندگی افراد می‌شود، از قبیل: آموزش و پرورش عمومی، فنی و حرفه‌ای، علوم و تحقیقات، بهداشت و درمان، تربیت بدنی و ورزش، اطلاعات و ارتباطات جمعی و امور فرهنگی، هنری و تبلیغات دینی.

۴-۴ اهداف و راهبردهای کلان در برنامه چهارم توسعه

الزام‌ها و راهبردها، مضامینی در جهت بهره‌برداری مطلوب از فرصت‌های پیش‌روی برای نیل به هدف‌ها و سیاست‌های کلی چشم‌انداز محسوب می‌شود، که از محورهای اساسی و سیاست‌های کلی نشئت می‌گیرد. نودوپنج الزام و راهبرد به همراه سیاست‌های مربوطه، مبنای اصلی احکام قانون برنامه چهارم توسعه بوده که به‌منظور شفاف‌تر شدن مبنای نظری قانون، در این قسمت به راهبردهای بخش سلامت اشاره می‌شود:

۴-۴-۱ رشد سریع، مستمر و پایدار

الف) گسترش سرمایه‌گذاری و تولید

۱. واگذاری طرح‌های دولتی با چشم‌انداز سوددهی تجاری به بخش خصوصی،
۲. اداره شرکت‌های دولتی به‌صورت تجاری و رقابتی و واگذاری مدیریت آن‌ها به بخش خصوصی (براساس پیمان خرید خدمات)،
۳. گسترش فعالیت‌های تحقیق و توسعه و گسترش نوآوری، توسعه فناوری، توسعه

- سرمایه انسانی، ارتقای بهره‌وری و رقابت‌پذیری، توسعه کارآفرینی و تشویق کارآفرینان،
۴. گسترش حوزه فعالیت و تسهیل فرایند دستیابی تعاونی‌ها به منابع و امکانات و کمک
به یکپارچگی آن‌ها،
۵. استفاده از مزیت‌های قانونی مناطق آزاد و ویژه به‌منظور توسعه سرمایه‌گذاری و تولید.

ب) ایجاد فضای مناسب برای سرمایه‌گذاری بخش خصوصی و تعاونی

۱. ایجاد فضای رقابتی و تدوین مقررات و قوانین تسهیل‌کننده جلب و جذب
سرمایه‌گذاری خارجی و سرمایه‌گذاران ایرانی خارج از کشور.

ج) ارتقای بهره‌وری

۱. ترویج و ارتقای فرهنگ کار و کارآفرینی به‌عنوان یک ارزش،
۲. ایجاد زمینه‌های مناسب برای تشکیل تشکلهای صنفی کارگری و کارفرمایی و احترام به
توافقات دوجانبه این تشکلهای به‌منظور ایجاد انعطاف‌پذیری بیشتر در روابط کارگر و کارفرما،
۳. توسعه سه‌جانبه‌گرایی (دولت، کارگر و کارفرما) در روابط کار،
۴. استقرار نظام شایسته‌گرایی در استخدام، انتصاب و ارتقای منابع انسانی،
۵. ایجاد ارتباط منطقی بین میزان دستمزدها و کارایی نیروی کار،
۶. ارتقای نقش مراکز کاریابی و مشاوره و هدایت شغلی به‌منظور شناسایی و بهره‌گیری
از مزیت‌های نسبی مناطق و زمینه‌های ایجاد کار در جهت انطباق تخصص و مهارت
نیروی کار با مهارت مورد نیاز مشاغل (با تأکید بر مراکز غیردولتی)،
۷. ایجاد روابط منطقی بین نیازهای بازار کار و نظام آموزشی کشور،
۸. توسعه آموزش در تمامی سطوح به‌ویژه در مقاطع دانشگاهی در رشته علوم مهندسی
و همچنین ارتقای مهارت‌ها از طریق توسعه نظام آموزش نیروی کار،
۹. استفاده مطلوب از ظرفیت‌های موجود با ایجاد تنوع در فعالیت‌ها و ارتقای کیفیت
محصولات،
۱۰. استفاده مؤثر و بهینه از عوامل سخت‌افزاری و نرم‌افزاری در فرایند تولید از طریق
ایجاد انگیزه و جذب نیروی کار متخصص،

۱۱. ایجاد سازوکارهای لازم برای افزایش نوبت‌های کاری در واحدهای تولیدی و طرح‌های عمرانی برای کاهش بیکاری عوامل تولید و افزایش ظرفیت فنی و اجرایی کشور،
۱۲. حمایت از تولید انعطاف‌پذیر،
۱۳. حمایت از نوآوری و خلاقیت و پوشش لازم برای سرمایه‌گذاری‌های مخاطره‌آمیز،
۱۴. حمایت‌های مالی از توسعه فناوری جدید و خرید دانش فنی در واحدهای تولیدی،
۱۵. توسعه و ارتقای سطح استانداردهای ملی و افزایش مستمر کیفیت محصولات،
۱۶. نگرش ویژه به توسعه روستایی به‌عنوان نهاد پایه و مؤثر بر بهره‌وری در بخش کشاورزی و تأمین امنیت غذایی،
۱۷. پیش‌بینی تمهیدات لازم به‌منظور تقویت مهارت‌های زنان (متناسب با سایر عوامل توسعه) از طریق گسترش آموزش‌های کاربران حرفه‌ای با تأکید بر استفاده صحیح از سرمایه‌گذاری انجام شده در بخش آموزش،
۱۸. گسترش فعالیت تحقیق و توسعه در زمینه گزینش فناوری متناسب با شرایط بازار کار،
۱۹. توسعه تجارت الکترونیکی^۱ و بازرگانی الکترونیک^۲ برای کاهش هزینه‌های مبادله، افزایش بهره‌وری و رقابت‌پذیری در سطح اقتصاد ملی،
۲۰. استفاده از قابلیت اعمال سیاست‌ها، اجرا و نظارت و تولید اطلاعات سریع و مطمئن فناوری اطلاعات در ارتقای بهره‌وری.

د) گسترش فرصت‌های شغلی

۱. راه‌اندازی شبکه اطلاع‌رسانی بازار کار برای متقاضیان کار، کارفرمایان، کارآفرینان، سرمایه‌گذاران و برنامه‌ریزان،
۲. انجام حمایت‌های لازم برای ایجاد و توسعه مراکز مشاوره شغلی و کاریابی غیردولتی،
۳. حمایت از توسعه تعاونی‌ها به‌ویژه تعاونی‌های متشکل از فارغ‌التحصیلان دانشگاهی و دارندگان مهارت‌های فنی و حرفه‌ای،
۴. انجام اقدامات لازم به‌منظور افزایش اشتغال نیروی کار ایرانی در خارج از کشور،

1. Electronic Commerce (EC)

2. Electronic Business (EB)

۵. اخذ جریمه متناسب از فعالیتهای دارای آثار منفی و مخرب برای محیط زیست و منابع طبیعی،
۶. قانونمند کردن صندوقهای تأمین آتیه شامل صندوقهای بازنشستگی، تأمین اجتماعی، پاداش خدمت کارکنان و نظایر آن،
۷. ایجاد نهادهای ارزیابی و رتبه‌بندی مالی.

ه) سامان‌دهی شرکت‌های دولتی

۱. پرهیز از گسترش حجم دولت و تلاش در جهت کوچک‌سازی حجم و دخالت‌های دولت در اقتصاد از طریق بازنگری در تعریف و شرح وظایف دستگاه‌ها و نهادهای دولتی،
۲. سامان‌بخشی به قلمرو و نحوه حضور بخش عمومی در اقتصاد.

۲-۴-۴ توسعه مبتنی بر دانایی

الف) مبتنی ساختن توسعه اقتصادی بر علم و فناوری

۱. فعال‌سازی بازار دانایی از طریق برقراری سازوکار ثبت مالکیت فکری و تسهیل مبادله منافع اقتصادی در دستاوردهای فناوری،
۲. تکیه بیشتر بر بخش خصوصی در فعالیتهای پژوهشی و فناوری،
۳. توسعه فناوری‌های بومی (در مقیاس کوچک و متوسط)،
۴. افزایش سهم ارزش افزوده فعالیتهای پژوهشی و فناوری در تولید ناخالص داخلی.

ب) ارتقای موقعیت ایران در رده‌بندی جهانی (تولید علم)

۱. دسته‌بندی مأموریت‌ها و تقسیم کار ملی دستگاه‌های فعال در حوزه فناوری و پژوهش و ارزیابی فعالیت دستگاه‌ها براساس شاخص‌های شناخته شده جهانی،
۲. نوسازی ساختارها و شیوه‌های مدیریت در حوزه پژوهش و فناوری،
۳. کاهش فاصله فناوری‌های مورد استفاده در کشور با فناوری روز دنیا.

ج) توسعه فناوری اطلاعات ملی

۱. ایجاد زیرساخت‌های اطلاعات ملی برای تجاری‌سازی نتایج تحقیقات و توسعه

- ساختارهای حوزه فناوری شامل: نهادهای مالی خطرپذیر، شرکت‌های توسعه فناوری، پارک‌ها و مراکز رشد علم و فناوری و دانشگاه‌های پژوهش‌محور،
۲. تسهیل فعالیت‌های پژوهشی و فناوری،
 ۳. ایجاد تنوع در خدمات و تسهیل و تسریع دستیابی به ارتباطات مورد نیاز و مطمئن.

د) بهبود کیفیت آموزش

۱. اصلاح برنامه‌های آموزشی با روزآمد کردن آن‌ها و انطباق برنامه‌ها با نیازهای جامعه و بازار کار،
۲. استفاده از فناوری‌های جدید در محتوای آموزش‌ها و روش‌های آموزشی،
۳. تغییرات اساسی محتوا و روش‌های آموزشی با هدف اثربخشی بر فرایند یاددهی و یادگیری،
۴. ایجاد دانشگاه‌های پژوهش‌محور و پاسخ‌گو به جامعه،
۵. بهبود ساختار و کیفیت نیروی انسانی شاغل در بخش آموزش،
۶. تدوین و اصلاح قوانین و مقررات لازم برای تنوع‌بخشی به منابع مالی و خودگردانی واحدهای آموزشی،
۷. اصلاح فرایند تنظیم استانداردها و نظارت بر آموزش‌ها،
۸. گسترش ارتباطات علمی با مراکز و نهادهای آموزشی و تحقیقاتی معتبر بین‌المللی.

ه) بهبود ساختار تشکیلات اداری

۱. سازمان‌دهی نظام واحد سیاست‌گذاری کلان در بخش آموزش،
۲. اصلاح مدیریت و روش اداره مؤسسات آموزشی،
۳. مهندسی مجدد نظام آموزش فنی و حرفه‌ای با توجه به تحولات جهانی و ضرورت‌های داخلی،
۴. اصلاح ساختار سازمانی و تشکیلاتی ستادهای آموزشی، با هدف ارتقای توان کارشناسی، کاهش تصدی‌ها و کوچک‌سازی تشکیلات.

و) ارتقای کیفیت و توسعه ظرفیت آمار و اطلاع‌رسانی آماری

۱. تمرکززدایی در تولید آمار،

۲. سامان‌دهی آمارهای ثبتی،
۳. بهره‌گیری از فناوری اطلاعات،
۴. تشویق و ترغیب بخش خصوصی برای مشارکت در فرایند تولید و اطلاع‌رسانی آماری و توسعه پژوهش‌های آماری.

۴-۴-۳ تعامل فعال با اقتصاد جهانی

الف) تعامل مؤثر و مشارکت خردمندانه در فرایند جهانی شدن

۱. فرهنگ‌سازی با هدف تولید برای صادرات.

ب) سامان‌دهی تولید و فناوری برای پیوستن به مؤسسات اقتصادی بین‌المللی

۱. انطباق مقررات، قوانین و رویه‌های گمرکی و سیستم طبقه‌بندی و ارزش‌گذاری کالا با آخرین سیستم‌های بین‌المللی گمرکی،
۲. انطباق تدریجی ضوابط فنی و استانداردهای ملی با استانداردهای بین‌المللی،
۳. تضمین تولید و گردش آزاد اطلاعات تجاری،
۴. توسعه تجارت الکترونیک از طریق ایجاد شیوه‌های مناسب و کاهش شکاف دیجیتالی با رویکرد بومی‌سازی و حمایت از تشکلهای مربوطه.

ج) گسترش همکاری‌های منطقه‌ای و بین‌المللی

۱. گسترش و تجهیز دالان‌های ارتباطی (با عملکرد فراملی و شناسایی مراکز جمعیتی مستقر در آن) برای استفاده از مزیت‌های موقعیت جغرافیایی، ژئوپلیتیکی و قابلیت‌های ترانزیتی کشور،
۲. تجهیز مناطق آزاد به خدمات زیربنایی، بازرگانی و پشتیبان تولید به‌عنوان مراکز اصلی ورود کشور به بازارهای منطقه‌ای و جهانی به‌صورت الگویی عملی (پایلوت) به‌منظور هم‌پیوندی با اقتصاد جهانی متناسب با نقش و عملکرد این مناطق در ساختار اقتصاد ملی،
۳. سازمان‌دهی فضایی و تقسیم کار تخصصی بین مناطق آزاد و ویژه اقتصادی کشور با تأکید بر نواحی جنوبی، شمالی و شرقی کشور در چارچوب ملاحظات و راهبردهای آمایش سرزمین.

د) افزایش سرمایه‌گذاری خارجی در چارچوب اهداف توسعه ملی

۱. تضمین جریان آزاد و شفاف اطلاعات مورد نیاز سرمایه‌گذاران،
۲. شناسایی، آماده‌سازی و معرفی فرصت‌های سرمایه‌گذاری خارجی در چارچوب اهداف توسعه در عرصه‌های مختلف و اولویت‌دار،
۳. گسترش روابط منطقه‌ای و تقویت سازمان‌های منطقه‌ای، اسلامی و بین‌المللی،
۴. ایجاد شرایط مناسب برای ارتقای سرمایه‌های انسانی،
۵. تقویت و حمایت از حضور تشکلهای غیردولتی و بخش خصوصی در سرمایه‌گذاری خارجی،
۶. تشویق و هدایت ایرانیان مقیم خارج به سرمایه‌گذاری در طرح‌های مورد نیاز کشور،
۷. ارائه اطلاعات کافی و شفاف از قوانین و مقررات داخلی و مرتبط با نیازهای ایرانیان مقیم خارج از کشور.

۴-۴-۴ رقابت‌پذیر کردن اقتصاد

الف) جای‌گیری در حوزه‌های برتر و بالنده در تقسیم کار بین‌المللی

۱. توسعه و ارتقای سطح استانداردهای ملی و مشارکت فعال در تدوین استانداردهای بین‌المللی،
۲. افزایش مستمر میزان انطباق محصولات تولیدی با استانداردهای ملی و بین‌المللی،
۳. هدفمند کردن یارانه‌ها و سیاست‌های حمایتی تولیدی به‌منظور تقویت بنیان‌های رقابت‌پذیری و شکوفایی مزیت‌های نسبی و رقابتی،
۴. محدود کردن سیاست تعیین قیمت‌های تضمینی به محصولات استراتژیک در سبد امنیت غذایی و تعیین قیمت‌های مزبور براساس اصول اقتصادی و بهره‌برداری بهینه از منابع (با استقرار نظام جامع آموزشی و ترویج بهره‌برداران) به‌منظور کاهش هزینه‌ها.

ب) ارتقای سطح و جذب فناوری‌های برتر در بخش‌های اقتصادی

۱. افزایش کارایی و استفاده مؤثر از فناوری‌های موجود و توسعه و اشاعه فناوری‌های نوین و ایجاد آمادگی روانی سازمانی برای پذیرش فناوری‌های جدید،
۲. برقراری و همگرایی عوامل مؤثر در ارتقای بهره‌وری و نوآوری در منظومه دانشگاه و بخش‌های اقتصادی دولت در سطح ملی و بین‌المللی،

۳. توسعه آموزش در کلیه سطوح به‌ویژه در مقاطع دانشگاهی (در رشته‌های فنی و مهندسی) و ارتقای مهارت‌ها از طریق توسعه نظام آموزش نیروی کار.

۴-۴-۵ امنیت انسانی و عدالت اجتماعی

الف) کاهش نابرابری‌ها و تبعیض‌های جنسیتی

۱. دسترسی برابر زنان و مردان به منابع و فرصت‌ها،
۲. حمایت و گسترش دوره‌های کارآفرینی زنان،
۳. تعادل جنسیتی در بازار کار،
۴. ظرفیت‌سازی در بخش خدمات با هدف اشتغال دختران دانش‌آموخته،
۵. گسترش تأمین اجتماعی برای زنان فاقد شغل و پوشش حمایتی،
۶. واگذاری بخشی از فعالیت‌های دولتی بخش آموزش بهداشت، درمان و بهزیستی به زنان،
۷. حمایت از مراکز پژوهشی در حوزه زنان،
۸. تعمیق و گسترش خدمات بهداشتی زنان در دوران بارداری و زایمان،
۹. حمایت از زنانی که شوهران مبتلا به ایدز دارند،
۱۰. تأمین بهداشت روانی زنان از طریق ارائه خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی ویژه،
۱۱. بهبود تغذیه زنان.

ب) ارتقای امنیت شغلی

۱. بسط و ترویج فرهنگ شایسته‌سالاری و مقابله با فرهنگ ظاهرسازی و چاپلوسی،
۲. تأمین و گسترش آموزش‌های مربوط به سلسله مراتب اداری، انعطاف‌پذیری و افزایش تحمل و بردباری کارگران و کارفرمایان.

۴-۴-۶ ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی

الف) توزیع عادلانه درآمد

۱. توجه ویژه به مناطق محروم و کمتر توسعه‌یافته و اقشار محروم و تلاش برای افزایش درآمد آنان،
۲. تأمین تسهیلات اجتماعی و اعطای یارانه‌های هدفمند به اقشار فقیر و کم‌درآمد.

ب) تأمین نیازهای اساسی مردم

۱. اعطای یارانه‌های هدفمند برای تأمین سبد غذایی مطلوب اقشار فقیر،
۲. تضمین تأمین خدمات بهداشتی و درمانی ضروری برای گروه‌های کم‌درآمد و فقیر.

ج) تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد و جامعه

۱. بهبود شیوه زندگی مردم با هدف پیشگیری از عوامل خطر ساز سلامت،
۲. پیشگیری از عوامل اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی تهدیدکننده سلامت،
۳. توسعه آموزش همگانی سلامت،
۴. توسعه خدمات توان‌بخشی با بهره‌گیری از رویکرد توان‌بخشی مبتنی بر جامعه در قالب مراقبت‌های اولیه بهداشتی،
۵. استمرار سیاست تجدید مولید،
۶. ایجاد و توسعه بیمه‌های سلامت‌نگر با تأکید بر روش‌های پرداخت سرانه،
۷. توانمندسازی مردم به‌منظور اصلاح فرهنگ سلامت، بهبود شیوه زندگی جامعه، ترویج الگوی زندگی سالم و کاهش رفتارهای پرخطر به‌ویژه در میان کودکان و جوانان،
۸. ارتقای سطح بهداشت و ایمنی محیط‌های خصوصی و عمومی (خانه، مدرسه، محیط کار، بیمارستان و ...) با تأکید بر بهداشت آب آشامیدنی، دفع فاضلاب و مواد زائد، هوا و کنترل آلودگی‌های صوتی و ایمنی شیمیایی،
۹. فراهم‌سازی و توسعه محیط‌های حمایت‌کننده سلامت جسمی، روانی و اجتماعی،
۱۰. ترویج رویکرد جنسیتی در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری به‌منظور ارتقای سطح سلامت جامعه،
۱۱. مداخله نظام‌مند در کلیه سطوح پیشگیری از بیماری‌ها و عوامل خطر ساز فردی و اجتماعی،
۱۲. توجه به گروه‌های سنی، جنسی و شغلی آسیب‌پذیر.

د) افزایش پاسخ‌گویی به نیازهای غیرپزشکی آحاد جامعه

۱. تأکید بر واگذاری ارائه خدمات سلامت به بخش غیردولتی با بهره‌گیری از نظام مناسب خرید خدمت، به‌منظور افزایش کارایی و بهبود مستمر کیفیت خدمات،
۲. تفکیک فرایندهای سیاست‌گذاری، اجرا، نظارت، ارزشیابی و کارهای حاکمیتی در

ابعاد آموزشی، پژوهشی و خدمات سلامت،

۳. افزایش مشارکت سایر بخش‌های توسعه با محوریت ارتقای سلامت جامعه در راستای انجام مأموریت‌های محوله،

۴. طراحی و عملیاتی کردن نظام جامع اطلاعات در بخش سلامت.

ه) توزیع عادلانه خدمات سلامت

۱. پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت برای احاد جمعیت مقیم (موقت و دائم)،

۲. سامان‌دهی نظام ارائه خدمات (شامل سطح‌بندی، نظام ارجاع و ...)، براساس تخصیص بهینه منابع در جمعیت تعریف شده و برای تأمین خدمات سطح‌بندی شده،

۳. توزیع عادلانه منابع براساس میزان مخاطرات و سطح سلامتی در مناطق جغرافیایی و میان گروه‌های مختلف اجتماعی،

۴. تأکید بر نیازسنجی علمی به‌عنوان مبنای اصلی تعیین کمیت و کیفیت منابع مورد نیاز بخش سلامت.

و) پایدارسازی و مشارکت عادلانه مردم در فرایند تأمین منابع

۱. افزایش سهم دولت در تأمین منابع مالی بخش سلامت،

۲. افزایش نقش نظام بیمه‌ای در مدیریت و مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع بخش سلامت براساس سطح درآمد و مستقل از خطر بیماری و هماهنگی بیمه‌های تجاری، مازاد

و مکمل درمانی با سیاست‌های بخش سلامت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،

۳. افزایش مشارکت بخش‌های توسعه در تأمین منابع مالی بخش سلامت، متناسب با مخاطرات سلامتی ناشی از عملکرد آنان،

۴. حضور فعال در بازارهای جهانی خدمات سلامت و پزشکی، به‌منظور تحقق بخشیدن به توانایی‌های بالقوه نظام سلامتی کشور و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه،

۵. توجه به بهره‌وری و ارتقای کارایی عملکرد منابع بخش سلامت،

۶. ایجاد و تقویت سازوکارهای ضروری برای بررسی فناوری‌ها و شیوه‌های تشخیصی و درمانی جدید.

ز) ارتقای امنیت غذا و تغذیه

۱. پیش‌بینی و تحقق سیاست امنیت غذایی و سلامت تغذیه‌ای جامعه در سیاست‌های کلان اقتصادی،
۲. افزایش رشد کمی و ارتقای سطح کیفی تولیدات کشاورزی، به‌منظور تأمین سبد مطلوب غذایی در راستای توسعه پایدار،
۳. هدفمند کردن یارانه‌ها برای دستیابی به سبد مطلوب غذایی،
۴. ارتقای سطح سلامت و ایمنی مواد غذایی در کلیه مراحل از تولید تا مصرف،
۵. حفاظت از منابع آب و خاک و بهره‌برداری مناسب از آن‌ها در جهت تأمین مواد غذایی،
۶. ارتقای سطح فرهنگ و دانش غذا و تغذیه در کشور،
۷. تأمین و کنترل ریزمغذی‌ها،
۸. پایش مستمر سیاست امنیت غذایی و تغذیه در کشور،
۹. گسترش نظام جامع کاهش ضایعات مواد غذایی (در سطح تولید، فراوری، توزیع و بازیافت).

۷-۴-۴ محیط زیست و توسعه پایدار

الف) اشاعه فرهنگ و اخلاق زیست‌محیطی

۱. ارتقای سطح آگاهی‌های زیست‌محیطی با تأکید بر گروه‌های اولویت‌دار،
۲. افزایش مشارکت مردمی و مشارکت دستگاه‌های مختلف.

۸-۴-۴ توسعه مدیریت دولتی

الف) ایجاد دگرگونی در رویکرد مدیریت دولتی

۱. ترویج آموزه‌های (فلسفه و علم) مدیریت استراتژیک (در حوزه تفکر، طرح و برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی) در میان مدیران و کارشناسان ارشد کشور،
۲. بازنگری در نظام‌های مدیریتی، ساختارهای سازمانی، فرایندهای اصولی و فرهنگ و ارزش‌های سازمانی دستگاه‌ها برای پذیرش و به‌کارگیری رویکرد مدیریت استراتژیک در مدیریت امور،
۳. طراحی و استقرار سامانه ارزیابی استراتژیک در مدیریت دولتی برای سنجش میزان اثربخشی تصمیمات و اقدامات دولت و ایجاد فرصت مقایسه عملکرد دولت در همه بخش‌ها و با سایر دولت‌ها (کشورها) براساس شاخص‌های بین‌المللی،

۴. نظم بخشیدن به مدیریت و فرایند ساخت‌آفرینی و تأسیس و تشکیل دستگاه‌های دولتی و توسعه تشکیلات دولت، با محوریت رئیس‌جمهور و هیئت وزیران،
۵. نوسازی، اصلاح و توسعه نظام تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری در مدیریت دولتی و بازنگری در مراجع و نهادهای جمعی تصمیم‌گیری موجود در پرتو اصل کارآمدی نظام‌های تصمیم‌گیری (تصمیمات مبتنی بر اطلاعات، عینیات و تعهدات شفاف).

ب) ارتقای سطح کارکردها، مهارت‌ها و قابلیت‌های مدیران

۱. تبیین کارکردهای نوین مورد انتظار از سطوح مختلف مدیران دولتی و پرورش مدیران طراز این کارکردها و انتظارات،
۲. اعطای اختیارات لازم و متناسب با مسئولیت‌های محوله و کارکردها و نقش‌های مورد انتظار و اتخاذ تدابیر حمایتی لازم برای حمایت از مدیران خلاق، مبتکر، کارآفرین و خدمتگزار،
۳. ایجاد و توسعه نگاه حرفه‌ای و تخصصی به امر مدیریت و توجه سازمان‌یافته به امور حرفه‌ای، معنوی و مادی مدیران،
۴. تعیین استانداردهای لازم برای اجرای کارکردهای مدیریتی مورد انتظار و استقرار نظام جذب، استخدام و پرورش مدیران طراز کارکردها و مقتضیات و نیازهای زمان،
۵. اتخاذ تدابیر و ایجاد سازوکارهای لازم برای افزایش ارزش دانش‌گرایی و روزآمدی دانش و معلومات حرفه‌ای مدیران و کارکنان دولت،
۶. ایجاد سامانه و مدیریت مؤثر دانش غیرمدون (و تجربی) مدیریت در دولت، مشتمل بر شناخت تجربیات موفق و مستندسازی، سازمان‌دهی، ذخیره، انتقال و برخورداری از آن‌ها در توسعه مدیریت دولتی،
۷. تعیین عناصر شایستگی و توسعه نظام شایسته‌یابی و شایسته‌سالاری در مدیریت دولتی و استقرار نظام ارزیابی عملکرد مدیران و تأثیر نتایج آن در تداوم خدمت آنان،
۸. ایجاد و توسعه فکر، سامانه‌ها، روش‌ها و ضوابط جذب، توسعه، نگهداری و بهره‌گیری از برترین سرمایه‌های انسانی و فکری در دولت و مدیریت آن.

ج) ارتقای سطح پاسخ‌گویی مدیران

۱. دستیابی به اصول، الگوها، نظام‌ها و روش‌های لازم برای تحقق سیاست پاسخ‌گویی و

- پذیرش ستایش‌ها و سرزنش‌های متناسب با تصمیمات و اقدامات مدیران و کارکنان دولت،
۲. تعیین حد بهینه‌ای از تمرکز و عدم تمرکز اداری در اداره امور و اعطای اختیارات لازم به مدیران در هر سطح و مکان در راستای افزایش امکان پاسخ‌گویی مستقیم و مدیریتی به مردم و جواب‌گویی به مراجع ذی‌صلاح،
۳. ایجاد سازوکارهای فرهنگی، حقوقی و اجرایی لازم برای استقرار تفکر و رویکرد شهروندمداری و جلب رضایت مردم در ارائه خدمات عمومی و نهادینه کردن نتیجه قضاوت مردم در سرنوشت کارگزاران دولتی،
۴. توسعه فرهنگ و افزایش امکان عمل به اصل اعتماد به مردم در اخذ تصمیمات و انجام امور به‌جای برخورد دیوان‌سالارانه و توسل به کاغذبازی، با رعایت اصل مسئولیت و پاسخ‌گویی و رعایت ضوابط و مقررات،
۵. اتخاذ تدابیر، تنظیم الگو و سامانه‌ها و روش‌های لازم برای تأمین سلامت اداری و اجرایی و افزایش هزینه اقدامات و اعمال مجرمانه و خلاف در سازمان‌ها و حوزه‌های مدیریت دولتی.

د) بهبود شیوه تصمیم‌گیری در اداره امور

۱. دستیابی به الگویی از عدم تمرکز و توزیع اختیار برای انتقال اختیارات ذاتی به مدیران در مناطق و استان‌ها و ارتقای سطح کارآمدی مدیریت دولتی با حفظ یگانگی و یکپارچگی آن در شرایط ناهمگونی مناطق و گروه‌های جامعه،
۲. دستیابی به الگوها و روش‌های مناسب مدیریت مشارکتی به‌عنوان شکل برتر اداره امور،
۳. طرح و تحقق رویکرد گسترش همکاری دولت با سازمان‌های غیردولتی و سایر بخش‌های جامعه مدنی برای افزایش میزان کارآمدی مدیریت دولتی در مواجهه با چالش‌ها و استفاده از فرصت‌ها و منابع ملی.

۹-۴-۴ تعادل و توازن منطقه‌ای براساس موازین آمایش سرزمین

الف) تقویت تمرکززدایی در برنامه‌ریزی، مدیریت و هدایت فرایند توسعه

۱. افزایش اختیارات (همراه با تقویت ابعاد پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری) مدیریت توسعه استان‌ها،
۲. تأکید بر فرایندهای ارزشیابی و نظارت بر روند تمرکززدایی،

۳. حمایت از ایجاد و گسترش تشکلهای غیردولتی و نهادهای مدنی و روند خصوصی سازی در استانها،

۴. واگذاری سهم بیشتری از وظایف و اختیارات عمرانی و جاری (ملی) به استانها.

ب) برقراری سازوکار هماهنگی فرا استانی

۱. تقسیم کشور به حوزههای برنامه ریزی برای اجرای طرحهای سرمایه گذاری فرا استانی،

۲. تفکیک وظایف دولت به سطوح فرا استانی، استانی و محلی.

ج) افزایش نقش نهادهای مدنی و شوراهای اسلامی

۱. واگذاری بخشی از وظایف سیاست گذاری و برنامه ریزی استانی، در چارچوب قانون شوراهای

اسلامی به سطوح محلی (شهرستانی).

د) برقراری نقش و سهم مناسب و متناسب برای استانها

۱. تدوین الگوی توسعه منطقه ای برای توزیع بهینه (فضایی) سرمایه گذاری در استانها

(با تأکید بر بخش خصوصی)،

۲. مدیریت و کنترل زمینه های عدم تعادل در فرایند توسعه استانی،

۳. تهیه و تنظیم اسناد توسعه میان مدت استانها.

ه) تعدیل شکاف سطح توسعه یافتگی

۱. استمرار ایفای نقش دولت در توسعه زیربناها، خدمات اجتماعی و ایجاد زمینه های

انگیزشی لازم برای بخش خصوصی در مناطق کمتر توسعه یافته و تقویت نقش و حضور

بخش عمومی غیردولتی و بخش خصوصی و مردمی در استانهای توسعه یافته.

۴-۵ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی

قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور (مصوب ۱۳۷۳/۸/۳)، جامع ترین قانون

در زمینه بیمه های درمانی است که در زیر به برخی از مواد آن اشاره می شود:

ماده (۴): دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه ها و

افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم نماید. پوشش و تعمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروه‌های مشمول این قانون حداکثر ظرف پنج سال پس از تصویب این قانون با اولویت نیازمندان و روستاییان طبق موازین انجام خواهد شد.

ماده (۶): کلیه شرکت‌های بیمه مجازند براساس موازین این قانون و با رعایت حق سرانه مصوب در امور بیمه خدمات درمانی گروه‌های مختلف همکاری، مشارکت و فعالیت نمایند.

تبصره- کلیه شرکت‌های بیمه علاوه بر فعالیت در بیمه خدمات درمانی مجازند در امور بیمه‌های مضاعف (مکمل) براساس موازین قانونی خود از طریق عقد قراردادهای تکمیلی (خاص) و مطابق این قانون همکاری، مشارکت و فعالیت نمایند.

ماده (۸): تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی براساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

ماده (۹): حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه‌های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه‌شوندگان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه‌های بیمه‌شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

تبصره- مابه‌التفاوت سهم درمان مشمولین قانون تأمین اجتماعی تا حق سرانه موضوع این ماده همه‌ساله در بودجه کل کشور منظور و به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت خواهد شد.

ماده (۱۰): حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان‌های بیمه‌گر قرار می‌گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) می‌باشد به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی و تصویب هیئت وزیران تعیین و اعلام می‌شود.

ماده (۱۱): تأمین خدمات بهداشتی که از طریق شبکه بهداشتی و درمانی تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌شود همچنان رایگان است.

تبصره- همه‌ساله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فهرست این‌گونه خدمات و

اسامی و مشخصات داروها و ملزومات مصرفی رایگان در برنامه‌های استراتژیک بهداشتی را تعیین و اعلام می‌کند.

ماده (۱۲): ارائه خدمات درمانی به روستاییان از طریق شبکه‌های بهداشتی، درمانی و سیستم ارجاع بوده و میزان حق بیمه سرانه خدمات درمانی روستاییان در شروع برنامه معادل ۴۰ درصد حق سرانه تعیین شده شهرنشینان خواهد بود.

تبصره- به منظور حمایت از روستاییان و تعمیم بیمه خدمات درمانی در جوامع روستایی و عشایری، دولت موظف است بخشی از هزینه سرانه بیمه خدمات درمانی روستاییان بیمه شده را تقبل و از محل بودجه عمومی تأمین و به صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه سالانه منظور و براساس موافقت‌نامه شرح فعالیت‌های جاری جهت حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد مشمول این ماده و انعقاد قرارداد با سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه‌گر به مصرف برساند.

ماده (۱۷): کلیه بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه‌شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبت‌های پزشکی لازم براساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.

۴-۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

براساس این قانون که در تاریخ ۱۳۸۳/۲/۲۱ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده است تکالیفی در زمینه‌های بیمه‌ای و حمایتی برعهده دولت نهاده شده که برخی از آن‌ها به قرار زیر است:

ماده (۳): اهداف و وظایف حوزه بیمه‌ای به شرح زیر می‌باشد:

الف) گسترش نظام بیمه‌ای و تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه با اولویت دادن به بیمه‌های مبتنی بر بازار کار و اشتغال،

ب) ایجاد هماهنگی و انسجام بین بخش‌های مختلف بیمه‌های اجتماعی و درمانی،

ج) اجرای طرح بیمه اجباری مزدبگیران،

د) تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای مورد نیاز از قبیل بیمه حرف و مشاغل آزاد

(خویش‌فرمایان و شاغل غیردائم)، بیمه روستاییان و عشایر، بیمه خاص زنان بیوه و

- سالخورده و خودسرپرست و بیمه خاص حمایت از کودکان،
- ه) گسترش بیمه‌های خاص جبران خسارات ناشی از حوادث طبیعی از قبیل سیل، خشکسالی، زلزله و طوفان،
- و) پشتیبانی حقوقی از بیمه‌های تکمیلی،
- ز) نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه‌ای،
- ح) پیگیری اصلاح اساسنامه‌های شرکت‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای به‌نحوی که اصل بنگاهداری برای شرکت‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای لحاظ شود،
- ط) نظارت بر تعادل منابع و مصارف صندوق‌ها براساس علم محاسبات بیمه‌ای،
- ی) اطلاع‌رسانی درخصوص خدمات بیمه‌ای.
- تبصره (۱)-** هر صندوق بیمه‌ای می‌تواند در یکی از دو حوزه بیمه اجتماعی و درمانی یا در هر دو فعالیت نماید.
- تبصره (۲)-** دولت مکلف است ظرف مدت دو سال از تاریخ ابلاغ این قانون، امکان تحت پوشش بیمه قرار گرفتن اقشار مختلف جامعه از جمله روستاییان، عشایر و شاغلین فصلی را فراهم نماید.
- تبصره (۳)-** تعهدات قبلی سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر به افراد تحت پوشش مشروط بر آنکه فقط در یک سازمان یا صندوق عضویت داشته‌اند کماکان به قوت خود باقی است و مازاد بر آن در صورت تأمین منابع و بار مالی لازم ازسوی این نظام برقرار خواهد شد.
- ماده (۶):** اصول و سیاست‌های ساختاری نظام جامع تأمین اجتماعی به‌شرح ذیل می‌باشد:
- الف) هماهنگی در حوزه‌ها: سامان‌دهی و هماهنگی فعالیت‌ها و خدمات در هریک از حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی در جهت افزایش کارآمدی و پوشش کامل‌تر فعالیت دستگاه‌ها، به‌نحوی که از همپوشانی و تداخل فعالیت آن‌ها جلوگیری شود،
- ب) هماهنگی بین حوزه‌ها: هماهنگی بین حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی با محور بودن نظام بیمه‌ای صورت می‌گیرد،
- ج) هماهنگی بین فعالیت‌های پیشگیرانه و فعالیت‌های اجرایی در سایر بخش‌های اثرگذار بر تأمین اجتماعی،
- د) مشارکت بخش‌های غیردولتی: نظام تأمین اجتماعی بر اصل مشارکت در سطوح

سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی استوار است، به‌نحوی که دستگاه‌ها و سازمان‌های غیردولتی به روش‌های تعریف شده امکان مشارکت داشته باشند. این مشارکت خدمت‌گیرندگان متشکل و سازمان‌یافته از قبیل سازمان‌ها و نهادهای غیردولتی را نیز شامل می‌شود. این مشارکت به‌معنای رفع مسئولیت از دولت نیست و در هر حال دولت مسئولیت تأمین اجتماعی را به عهده دارد،

ه) کمک‌های داوطلبانه مردمی جهت تأمین منابع مالی توسط نهادهای، مؤسسات، سازمان‌ها و شرکت‌های غیردولتی و عمومی نظام تأمین اجتماعی مجاز است مشروط بر آنکه این امر طبق آیین‌نامه مصوب هیئت وزیران صورت گرفته و امکان نظارت نظام تأمین اجتماعی فراهم باشد،

و) بهینه‌سازی: بهینه‌سازی فعالیت‌ها بر سه سیاست زیر استوار است:

۱. تخصیصی کردن فعالیت‌ها برحسب نوع خدمات،

۲. تخصیصی کردن فعالیت‌ها برحسب گیرندگان خدمات،

۳. تخصیصی کردن فعالیت‌ها برحسب سطح خدمات (همگانی یا مکمل).

ز) تمرکز و تمرکززدایی: این اصل بر سیاست‌های زیر تأکید دارد:

۱. برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، نظارت، ارزشیابی و توزیع منابع عمومی به‌صورت متمرکز و توسط دولت انجام می‌شود،

۲. امور اجرایی و کارگزاری به‌صورت غیرمتمرکز صورت می‌گیرد،

۳. دخالت دولت در سطح فعالیت‌های اجرایی و کارگزاری تأمین اجتماعی در مواردی صورت می‌گیرد که میزان فعالیت مؤسسات غیردولتی کفایت لازم برای ارائه خدمات را ننماید یا برای تنظیم بازار خدمات تأمین اجتماعی و جبران نقص بازار دخالت دولت لازم باشد،

۴. دخالت دادن شرایط منطقه‌ای در برنامه‌ریزی.

ح) نظارت بر هر دو بخش دولتی و غیردولتی مرتبط با نظام جامع تأمین اجتماعی: این نظارت براساس مفاد این قانون، معیارهای مندرج در اساسنامه آن‌ها، قراردادهای و توافقی‌نامه‌های مبادله شده صورت می‌گیرد،

ط) رقابت‌پذیری: اعمال اصل رقابت‌پذیری در سطوح اجرایی و کارگزاری نظام

به منظور گسترش فضای رقابتی و بسط مزیت‌های زیر:

۱. کلیه سطوح بیمه‌ای نظام تأمین اجتماعی به گونه‌ای طراحی و تنظیم گردند که امکان رقابت در آن وجود داشته باشد،

۲. برای بیمه‌شوندگان امکان انتخاب مؤسسه بیمه‌گذار فراهم شود،

۳. به منظور حصول اطمینان از وجود فضای سالم رقابتی و عدم عرضه انحصاری یا نیمه‌انحصاری، دولت اجازه کنترل و اقدام ضدانحصار را براساس قوانین موضوعه خواهد داشت. ی) نحوه مشارکت مالی:

۱. بهره‌مندی صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی بابت هر عضو از محل منابع عمومی به صورت سرانه برابر خواهد بود. این امر مانع حمایت دولت از اقشار ضعیف جامعه نمی‌باشد،

۲. درصد مشارکت و سهم پرداختی کارفرما نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود،

۳. درصد مشارکت و سهم پرداختی بیمه شده نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود.

ک) نحوه جابه‌جایی: جابه‌جایی بیمه‌شدگان بین صندوق‌های بیمه همگانی به صورت انفرادی یا گروهی براساس آیین‌نامه مصوب هیئت وزیران مجاز خواهد بود،

ل) سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های فعال در قلمرو نظام بیمه‌ای، دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری بوده و طبق ضوابط و مقررات مورد عمل خود، در چارچوب این نظام فعالیت می‌نمایند.

ماده (۱۱): هرگونه 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 غیردولتی، 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 و خط‌مشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه‌های امور بهداشتی، درمانی، سطح‌بندی خدمات درمانی و سامانه ارجاع برای وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و قلمروهای آن لازم‌الاجرا می‌باشد.

۴-۷ منشور حقوق بیمار

رضایتمندی بیماران، یکی از مشخصه‌های اثربخشی خدمات بیمارستانی محسوب می‌شود. لازمه دستیابی به رضایتمندی بیماران، رعایت حقوق آن‌هاست. «منشور حقوق بیمار» که از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شده به‌عنوان سندی رسمی بیانگر حقوق بیماران بوده و از این‌رو ضروری است که در تدوین سیاست‌های سلامت مدنظر قرار گیرد. ده ماده این منشور عبارت است از:

۱. بیمار حق دارد در اسرع وقت، درمان و مراقبت مطلوب، مؤثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.
۲. بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را — در صورت تمایل — بشناسد.

۳. بیمار حق دارد درخصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود، اطلاعات ضروری را شخصاً یا در صورت تمایل از طریق یکی از وابستگان خود از پزشک معالج درخواست نماید. در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی بیمار گردد.

۴. بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان، اطلاعات ضروری درخصوص عوارض احتمالی یا کاربرد سایر روش‌ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید.

۵. بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه، طبق موازین قانونی، رضایت شخصی خود را از خاتمه درمان اعلام یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.

۶. بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می‌گیرد، اطمینان حاصل نماید.

۷. بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد. لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موقوف به کسب اجازه بیمار خواهد بود.

۸. بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.

۹. بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او مؤثرند، تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه همکاری خودداری نماید.

۱۰. بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه‌ها و پوشش بیمه‌های خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع گردد.

۴-۸ تعهدات بین‌المللی

علاوه بر قوانین داخلی، در عرصه بین‌المللی نیز کشورمان تعهداتی را در جهت ارتقای سلامت جامعه پذیرفته است. در سپتامبر ۲۰۰۰، ۱۹۱ عضو سازمان ملل متحد در اجلاس هزاره که بزرگ‌ترین گردهمایی رهبران جهانی محسوب می‌شد شرکت کرده و اعلامیه‌ای را تحت عنوان اعلامیه هزاره به تصویب رساندند.

این اعلامیه طی ماه‌ها گفتگو در آستانه ورود جهان به هزاره سوم با توجه به گزارش‌های منطقه‌ای و نشست هزاره و کنفرانس‌های جهانی در دهه ۱۹۹۰ تدوین گردید. با مرور دقیق ادبیات موضوع درمی‌یابیم که اعلامیه هزاره سعی دارد تا تعریف نوینی از توسعه پایدار به دست دهد. اگر تاکنون نگرش سنتی، توسعه پایدار را به‌عنوان ملاحظه زیست‌محیطی ملازم با توسعه اقتصادی معرفی می‌کرد، در نگرش نوین، الزامات فراگیر توسعه پایدار به حوزه‌های اجتماعی نیز گسترش یافته است.

براساس فرضیه‌های نوین توسعه پایدار بین‌المللی، چنانچه ملاحظات زیست‌محیطی و مهم‌تر از آن رفع فقر و شکاف طبقاتی و حصول عدالت اجتماعی در سیاست‌های ملی و فراملی لحاظ نشود، دستیابی به آرمان‌های توسعه‌ای به شکل جامع و پایدار ممکن نخواهد بود.

رویکرد نوین به مفهوم توسعه پایدار بین‌المللی، منجر به تکوین و تدوین اعلامیه هزاره سازمان ملل متحد شد. براساس این اعلامیه، اهداف هشت‌گانه توسعه هزاره کشورها را موظف می‌سازد برای مبارزه با فقر، بی‌سوادی، گرسنگی، عدم دسترسی به امکانات

آموزش و پرورش، نابرابری جنسیتی، مرگ‌ومیر کودکان و مادران، بیماری و نابودی محیط زیست دست‌به‌دست هم دهند و فعال‌تر و هماهنگ‌تر از سابق تلاش کنند. هدف هشتم از اهداف هشت‌گانه توسعه هزاره که در نشست مونتری و ژوهانسبورگ دوباره مورد تأکید قرار گرفت از کشورهای صنعتی و ثروتمند می‌خواهد تا بدهی کشورهای فقیر را ببخشند، میزان کمک به آن‌ها را افزایش دهند و امکان دسترسی عادلانه آن‌ها را به بازار و تکنولوژی فناوری خود فراهم کنند.

در واقع، هدف توسعه هزاره آزمونی برای اراده سیاسی به‌منظور ایجاد مشارکتهای وسیع‌تر و عمیق‌تر است. کشورهای در حال توسعه مسئولیت دارند برای آزادسازی انرژی‌های خلاق مردم، اصلاحات سیاسی به‌عمل آورده و حکومت را تقویت کنند، اما نمی‌توانند به تنهایی و بدون ایجاد تعهدات جدید برای کمک، مقررات تجاری برابر و بخشش و کاهش بدهی‌ها به این مهم دست یابند. اهداف توسعه هزاره، وسیله‌ای را برای سرعت بخشیدن به آهنگ توسعه و سنجش نتایج در اختیار جهانیان قرار می‌دهد.

شایان ذکر است که کلیه کشورهای جهان از جمله جمهوری اسلامی ایران سند مزبور را امضا کرده و متعهد شده‌اند اهداف فوق را سرلوحه اقدامات و برنامه‌های ملی خود قرار داده و نهایت تلاش و کوشش خود را در رسیدن به این اهداف به‌عمل آورند. متعاقب اعلامیه هزاره، در کنفرانس بین‌المللی تأمین سرمایه برای توسعه که در اوایل سال ۲۰۰۲ میلادی در مونتری (مکزیک) برگزار شد، شماری از رهبران کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، هماهنگ‌سازی این تعهدات با منابع داخلی را در دستور کار خود قرار دادند.

۱-۸-۴ آرمان‌های توسعه هزاره

برای نیل به آرمان‌های هشت‌گانه توسعه هزاره و پایش و ارزیابی سیاست‌ها، یک برنامه زمان‌بندی تا پایان سال ۲۰۱۵ میلادی طراحی شده که اهداف آن به‌شرح زیر است:

۱. ریشه‌کن کردن فقر شدید و گرسنگی: به نصف رساندن تعداد افرادی که با درآمد روزی کمتر از یک دلار زندگی می‌کنند و کسانی که از گرسنگی رنج می‌برند.
۲. دستیابی به آموزش ابتدایی همگانی: تضمین اینکه همه پسران و دختران دوره

آموزش ابتدایی را طی و تکمیل کنند.

۳. **ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان:** حذف نابرابری‌های جنسیتی در آموزش ابتدایی و متوسطه ترجیحاً تا سال ۲۰۰۵ میلادی و در تمامی سطوح تا سال ۲۰۱۵ میلادی.

۴. **کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان:** کاهش دوسوم میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج‌سال.

۵. **بهبود بهداشت مادران:** کاهش سه‌چهارم نسبت زنانه که هنگام زایمان می‌میرند.

۶. **مبارزه با ویروس ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها:** متوقف کردن گسترش ویروس بیماری ایدز و شیوع مالاریا و سایر بیماری‌های عمده و آغاز روند کاهش رشد آن‌ها.

۷. **تضمین پایداری محیط زیست:** از طریق ادغام و گنجاندن اصول توسعه پایدار در سیاست‌ها و برنامه‌های کشوری و جلوگیری از تخریب محیط زیست، کاهش نسبت افراد محروم از دسترسی به آب آشامیدنی سالم به نصف (تا سال ۲۰۱۵) و بهبود چشمگیر زندگی حداقل یک‌صد میلیون زاغه‌نشین (تا سال ۲۰۲۰).

۸. **ایجاد مشارکت جهانی برای توسعه:** ایجاد نظام تجاری و مالی باز و متعهد نسبت به ایجاد حکومت مطلوب، کاهش فقر در سطح ملی و بین‌المللی، رسیدگی به نیازهای ویژه کشورهای کمتر توسعه‌یافته و نیازهای خاص کشورهای محصور در خشکی و کشورهای کوچک جزیره‌ای در حال توسعه، رسیدگی کامل و همه‌جانبه به مسائل مربوط به بدهی کشورهای در حال توسعه، ایجاد اشتغال شرافتمندانه و مولد برای جوانان، تأمین دسترسی به داروهای حیاتی با قیمت مناسب در کشورهای در حال توسعه با همکاری و مساعدت شرکت‌های داروسازی و ایجاد امکان بهره‌گیری از فناوری‌های جدید به‌ویژه فناوری اطلاعات و ارتباطات با همکاری بخش خصوصی.

جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان یکی از کشورهای عضو و امضاکننده بیانیه هزاره، در نوامبر ۲۰۰۴ اولین گزارش ملی خود را در مورد اهداف توسعه هزاره به‌صورت رسمی منتشر کرد. در این گزارش ملی علاوه‌بر فصولی که در آن به‌طور مستقیم به ذکر شاخص‌ها و شرایط کشورمان در جهت دستیابی به اهداف خاص بهداشتی و درمانی در فهرست اهداف توسعه هزاره پرداخته شده است، در بخش «چالش‌های عمده و همکاری در

جهت توسعه» به موضوع تشدید فقر^۱ به دلیل فقدان نظام‌های بیمه درمان و پرداخت مستقیم هزینه‌های بهداشت و درمان توسط خانوارهای کم‌درآمد به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش‌روی سیاست فقرزدایی ملی — به صراحت — اشاره شده و نظام سلامت را ملزم به مهار این پدیده کرده است.

فصل پنجم

تبيين وضع موجود
نظام سلامت

وضع موجود نظام سلامت از چند دیدگاه قابل بررسی است. در این بخش سه موضوع اصلی آن شامل خدمات بهداشتی، خدمات بالینی و علل مرگ و میر به وسیله بیماری‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد و سپس نقاط ضعف و قوت نظام سلامت بررسی می‌شود. شایان ذکر است که دو حوزه آموزش پزشکی و دارو به دلیل برخورداری از اهمیت و جایگاه ویژه در نظام سلامت، در فصول جداگانه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱-۵ خدمات بهداشتی

خدمات بهداشتی از محل منابع عمومی و از طریق شبکه گسترده بهداشت و درمان کشور مشتمل بر ۱۷۳۶۲ خانه بهداشت، ۲۳۰۷ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۲۱۸۹ مرکز بهداشتی درمانی شهری فراهم و ارائه می‌شود. شبکه موجود طی سال‌هایی که بیماری‌های واگیردار عامل بیشترین میزان مرگ و میر در کشور بود، به گونه‌ای کارآمد عمل کرده است، به طوری که هم‌اکنون بسیاری از شاخص‌های بهداشتی در وضعیت به نسبت خوبی قرار دارند که در زیر به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

۱. رشد جمعیت: ۱/۲ درصد در سال،
۲. دسترسی به آب آشامیدنی (سالم): ۹۴ درصد جمعیت،
۳. ایمن‌سازی (واکسیناسیون) کودکان زیر یک سال: ۹۵ درصد،
۴. موالید (خام): ۱/۵ درصد،
۵. مرگ و میر (خام): پنج در هزار،

۶. امید به زندگی در بدو تولد: ۶۸ سال برای مردان و ۷۱ سال برای زنان،
۷. امید به زندگی توأم با سلامتی^۱: ۵۴ سال،
۸. مرگ کودکان زیر پنج سال: ۳۵ در هزار،
۹. کنترل بیماری‌ها: ریشه‌کنی بیماری پیوک، حذف بیماری‌های کزاز نوزادی و جذام، کنترل بیماری سرخک، دیفتی، مالاریا و سل انجام شده و در مورد بیماری مالاریا، مشکل در سه درصد جمعیت کشور هنوز باقی است. البته ۹۰ درصد موارد جدید از کشورهای افغانستان و پاکستان وارد کشور شده است،
۱۰. کنترل بیماری تالاسمی: با اجرای برنامه کنترل تالاسمی از سال ۱۳۷۶، تعداد موارد جدید تالاسمی (ماژور) از ۱۲۰۰ مورد به ۸۶۰ مورد در سال ۱۳۷۹ رسیده است.

۲-۵ خدمات بالینی

منظور از خدمات بالینی، مجموعه اقداماتی است که برای تشخیص، مراقبت، اداره، درمان و بازتوانی بیماران انجام می‌گیرد. رسالت خدمات بالینی عبارت است از: تأمین موجبات دسترسی پایدار، عادلانه و بهنگام آحاد جامعه به خدمات تشخیصی، درمانی و بازتوانی مناسب به منظور حفظ، اعاده و ارتقای سلامت افراد جامعه.

در حال حاضر ۷۳۸ بیمارستان فعال با ۱۱۲,۵۹۰ تخت در کشور وجود دارد. ۶۱۶ بیمارستان با ۱۰۰,۳۸۶ تخت دولتی و ۱۲۲ بیمارستان با ۱۲,۲۰۴ تخت متعلق به بخش خصوصی است. درضمن ۷۳۴۵ مرکز بهداشتی و درمانی (شامل کلینیک، پلی کلینیک و درمانگاه) در کشور مشغول فعالیت است که حدود ۵۰۰ مرکز به طور خصوصی اداره می‌شود. ۶۳۸۰ داروخانه، ۴۱۲۶ آزمایشگاه و ۲۰۴۶ مرکز رادیولوژی هم در کشور فعالیت می‌کنند.

متأسفانه در حال حاضر مراکز درمانی کشورمان کارایی لازم را ندارند. ضریب اشغال تخت در مراکز درمانی زیر ۵۰ درصد بوده و درمان سرپایی نیز با مشکلات بسیاری مواجه است. این مسائل درمجموع ارائه خدمات بالینی را با مشکلات عدیده‌ای مواجه کرده است.

1. Health Adjusted Life Expectancy (HALE)

۳-۵ علل مرگومیر ناشی از بیماری‌ها

در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۲ توسط «آقای دکتر نقوی» و همکارانشان در دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده و نتایج آن رسماً در حال انتشار است، ده علت مهم مرگومیر به ترتیب اولویت عبارت است از:

۱. سکته قلبی ۷۲۱۵۸ مورد
۲. حوادث ترافیکی ۳۱۸۰۲ مورد
۳. بلایای طبیعی و حوادث غیرمترقبه ۳۰۰۳۲ مورد
۴. سکته مغزی (و سایر حوادث عروقی مغز) ۲۹۹۸۷ مورد
۵. فشار خون و عوارض آن ۱۱۰۶۶ مورد
۶. سرطان معده ۷۶۴۴ مورد
۷. طول حاملگی و رشد جنین ۴۹۷۱ مورد
۸. دیابت ۴۹۲۳ مورد
۹. بیماری‌های قلبی و ریوی ۴۵۹۶ مورد
۱۰. آسم ۴۳۲۶ مورد

پیش‌بینی می‌شود که در سال ۱۳۸۲ ده علت اصلی کاهش میزان عمر و سال‌های عمری که به واسطه آن‌ها از بین رفته، به ترتیب اولویت به قرار زیر باشد:

۱. بلایای طبیعی و حوادث غیرمترقبه ۸۹۸۹۵۴ سال
۲. حوادث ترافیکی ۸۲۸۸۶۴ سال
۳. سکته قلبی ۶۱۷۶۰۰ سال
۴. سکته مغزی (و سایر حوادث عروقی مغز) ۲۲۲۷۳۴ سال
۵. طول حاملگی و رشد جنین ۱۶۴۲۳۳ سال
۶. سوختگی با دود، شعله و مواد داغ ۱۰۴۲۷۷ سال
۷. اختلال تنفسی و عروقی در نوزادان ۷۷۷۲۰ سال
۸. فشار خون و عوارض آن ۷۷۱۴۸ سال
۹. سرطان معده ۷۵۵۲۷ سال
۱۰. غرق شدن در آب ۶۰۸۱۱ سال

همچنین پیش‌بینی می‌شود که ده علت اصلی هدر رفتن عمر (ناشی از مرگ زودرس و عمر سپری شده توأم با ناتوانی) به ترتیب اولویت به شرح زیر باشد:

۱. حوادث ترافیکی ۱۷ درصد
۲. بیماری‌های ایسکمیک عضله قلب ۹ درصد
۳. افسردگی ۶ درصد
۴. استئوآرتریت ۵ درصد
۵. دیابت ۴ درصد
۶. حوادث عروقی و سکته مغزی ۴ درصد
۷. سقوط از بلندی ۴ درصد
۸. تولد زودرس و کمبود وزن هنگام تولد ۴ درصد
۹. اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر ۳ درصد
۱۰. اختلالات سایکوتیک ۲ درصد

نکته مهم دیگر اینکه، صرف‌نظر از مرگ نوزادان که مهم‌ترین علت آن «تولد زودهنگام»^۱ است، مهم‌ترین علت مرگ کودکان یک ماهه تا ۵۹ ماهه را حوادث و سوانح تشکیل می‌دهد. بنابراین، با توجه به موارد فوق مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامتی در کشورمان عبارت است از:

۱. حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی شامل: حوادث ترافیکی، سقوط از بلندی، سوختگی، خودکشی (و اقدام به آن)، نزاع و قتل،
۲. بیماری‌های قلبی و عروقی شامل: بیماری‌های ایسکمیک عضله قلب، سکته مغزی و حوادث عروقی مغز، فشار خون و عوارض آن،
۳. سرطان‌ها از جمله: سرطان معده، سرطان ریه، سرطان مری و سرطان پستان،
۴. مشکلات حین تولد از جمله: تولد زودهنگام،
۵. بیماری‌های دستگاه تنفسی از جمله: بیماری‌های قلبی و ریوی.

۴-۵ نقاط ضعف و چالش‌های اصلی

مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد نظام‌های سلامت در جهان با پنج چالش عمده مواجه‌اند و عدم پرداختن به آن‌ها، سیستم سلامت را با مشکلات جدی روبه‌رو می‌کند. این چالش‌ها عبارت است از:

۱. **ظهور بیماری‌های جدید:** امروزه ویروس ایدز تنها بیماری مهمی است که کشورهای جهان را به چالش کشانده و کشورهای آفریقایی، برخی کشورهای اسپانیایی و آمریکای لاتین را با مشکلات جدی روبه‌رو کرده است. این بیماری اگرچه در ایران شیوع کمتری دارد، ولی با توجه به تغییر رفتار به‌خصوص در میان جوانان، باز بودن مرزها و ناکارآمدی روش‌های جاری مقابله با آن، خطر افزایش میزان مبتلایان به این بیماری در کشورمان جدی است.

۲. **پیر (سالمند) شدن جمعیت:** در بیشتر کشورها نرخ وابستگی (سالمندان بالای ۶۵ سال به افراد در سن اشتغال ۶۴-۱۵ ساله) بسیار بالا رفته است. این امر در کشورهای صنعتی به‌خصوص آلمان بارزتر است، به‌گونه‌ای که پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ میلادی در این کشور به‌ازای هر صد نفر شاغل ۴۲ نفر سالمند وجود داشته باشد (این رقم هم‌اکنون حدود ۲۶ سالمند است). به هر حال علی‌رغم تفاوت کشورها با یکدیگر در این زمینه، پیش‌بینی می‌شود طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰ میلادی نرخ وابستگی در اکثر کشورها دو برابر شود. در ایران نیز نرخ تولد به‌تدریج در حال کاهش و نرخ سالمندی رو به افزایش است.

۳. **افزایش خانوارهای تک‌نفره:** از سال ۱۹۶۰ میلادی تعداد خانوارهای تک‌نفره در کشورهای صنعتی رو به افزایش است. این روند در کشورهای با درآمد متوسط نیز دیده می‌شود. زندگی انفرادی تأثیر جدی بر تقاضای خدمات سلامت دارد. در خانوارهای دو نفره (و بیشتر)، مراقبت از بیمار توسط فرد دیگری صورت می‌گیرد، ولی این امر در خانوارهای تک‌نفره به عهده نهاد ثالث گذاشته می‌شود. از طرف دیگر، زوجین در جلوگیری از مخاطرات به یکدیگر کمک می‌کنند، ولی این امر در خانوارهای تک‌نفره به وقوع نمی‌پیوندد و به این ترتیب خانوارهای تک‌نفره تقاضا برای خدمات سلامت را افزایش می‌دهند.

۴. **هزینه‌بری تکنولوژی‌های جدید:** به‌نظر می‌رسد رشد فناوری در سلامت رابطه نزدیک با وسعت و محدوده بیمه‌های سلامت دارد. اگرچه بخش عمده این تغییر در سطح

بین‌المللی اتفاق می‌افتد، اما موجب اثرگذاری بر مراقبت‌های سلامت در داخل کشورها می‌شود و آثار هزینه‌ای جدی دربردارد. در ایران ورود تکنولوژی جدید بدون تعیین اولویت صورت می‌گیرد و بسیاری از مراکز درمانی به‌خصوص بخش دولتی به گورستان ابزار و تکنولوژی جدید تبدیل شده است. نمونه بارز آن را می‌توان در ورود بی‌رویه دستگاه‌های لیزر، ام‌آر.آی، سی.تی.اسکن، گامانایف و ... مشاهده کرد.

۵. **ورود به بازارهای جهانی:** کشورها در تأمین مراقبت‌های سلامت، مزیت‌هایی نسبت به یکدیگر دارند. در گذشته تأمین خدمات توسط بیمه‌های اجتماعی و صرفاً در داخل کشورها امکان‌پذیر بود. از اواسط دهه ۱۹۷۰ میلادی، رشد مسافرت‌های بین‌المللی و تعمیم کمیسیون اروپا در ایجاد رقابت میان کارکنان حرفه پزشکی و امکان مهاجرت و انتخاب آزاد محل زندگی توسط پزشکان و دندانپزشکان، موجب مهاجرت پزشکان شده است. همچنین امکان بهره‌مندی از بیمه سلامت در عرصه بین‌المللی برای افراد فراهم آمده است. اگرچه این امر در کشورهای با درآمد کم و متوسط کم‌اهمیت تلقی می‌شود. در کشور ما نیز همه‌ساله تعداد زیادی از خارجیان تحت درمان قرار می‌گیرند.

نظام سلامت در ایران علاوه بر موارد فوق با چالش‌های جدی دیگری نیز مواجه است. به‌طوری‌که ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات، کارشناسان و حتی سیاست‌گذاران از نحوه ارائه خدمات راضی نبوده و مشکلات عدیده‌ای را گوشزد می‌کنند. در تقسیم‌بندی کلی می‌توان ضعف‌ها و چالش‌های اصلی نظام سلامت را در چهار گروه «عدالت، دسترسی و رضایتمندی»، «ساختار و نیروی انسانی»، «کارایی و کیفیت» و «مدیریت و پاسخ‌گویی» دسته‌بندی کرد که در ذیل به اهم آن‌ها اشاره می‌گردد:

۱-۴-۵ عدالت، دسترسی و رضایتمندی

چالش‌های عمده این قسمت عبارت است از:

۱. افزایش هزینه‌های خانوار و کاهش سهم دولت در هزینه‌های سلامتی،
۲. دسترسی نامناسب به خدمات سلامتی،
۳. بی‌عدالتی در نظام پرداخت،
۴. ناعادلانه بودن توزیع منابع،

۵. بی‌عدالتی از حیث پرداخت برای خدمات مشابه توسط افراد مشابه در بخش خصوصی و دولتی (به میزان ۲۰ برابر و حتی بیشتر)،
۶. عدم فراگیری سطح پوشش بیمه (حدود ۲۰ درصد از مردم فاقد بیمه همگانی هستند)،
۷. ناکارآمدی بیمه‌های درمانی و ایجاد بیمه‌های موازی،
۸. کاهنده^۱ بودن پرداخت حق بیمه به جای افزاینده^۲ بودن آن،
۹. بالا بودن میزان شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت^۳ در ایران (۳ درصد)، درحالی‌که میزان قابل قبول جهانی کمتر از یک درصد است،
۱۰. عدم فراگیری و عمق پوشش بیمه (بخش عمده‌ای از هزینه خدمات توسط بیمار پرداخت می‌شود و شاخص پرداخت مستقیم در کشورمان ۵۶ درصد است)،
۱۱. نامتعادل بودن میزان تعرفه‌ها،
۱۲. خرید خدمات با نرخ چند برابر تعرفه مصوب از بخش خصوصی توسط بسیاری از دستگاه‌ها که از بودجه دولتی استفاده می‌کنند (افزایش بی‌عدالتی و شکاف میان حاکمیت و مردم)،
۱۳. توزیع نامناسب پزشکان و امکانات درمانی،
۱۴. عدم دسترسی به شاخص‌های ارزیابی عملکرد،
۱۵. عدم رعایت فلسفه بیمه درخصوص انباشت و توزیع مخاطره‌پذیری (ریسک) غنی به فقیر و سالم به بیمار،
۱۶. عدم رعایت عدالت افقی و عمودی،
۱۷. عدم رضایت ارائه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمات.

۲-۴-۵ ساختار و نیروی انسانی

مهم‌ترین مشکلات این بخش عبارت است از:

۱. سازمان‌دهی نامناسب و ایجاد وظایف بیش از حد برای دولت و تصدی‌گری دولتی،

1. Regressive
2. Progressive
3. Catastrophic Coast

۲. تمرکز نظام سیاست‌گذاری، نظارت و اجرا در یک نهاد،
۳. عدم وجود دیدگاه سلامت‌نگر در ارائه خدمات بیمه‌ای،
۴. هم‌پوشانی فعالیت‌های مربوط به هدایت، مدیریت، مالکیت و تصدی،
۵. ساختار متمرکز و عدم شفافیت در مسئولیت‌ها در سطوح ستادی و محیطی،
۶. ایجاد ظرفیت اضافی (در مراکز درمانی، نیروی انسانی، تجهیزات پزشکی و ...) و افزایش آمار بیکاری در میان متخصصان رشته‌های بخش سلامتی هم‌زمان با کاهش استفاده از سایر ظرفیت‌ها،
۷. عدم اجرای نظام سطح‌بندی و ارجاع،
۸. اداره بخش دولتی توسط پزشکان بخش خصوصی،
۹. عدم استفاده بهینه از امکانات (ناکافی) موجود علی‌رغم صرف هزینه‌های کلان،
۱۰. ناکارآمدی ارائه خدمات در بخش دولتی و ایجاد سیستم‌های موازی در سایر دستگاه‌ها،
۱۱. عدم تبیین جایگاه بخش خصوصی و عدم پاسخ‌گویی به گیرندگان خدمات،
۱۲. وجود نظام چندگانه بیمه دولتی با سیاست‌های متفاوت و نظام اداری مالی هزینه‌بر،
۱۳. عدم نیازسنجی صحیح در واردات و استفاده از فناوری‌های گران،
۱۴. نبود سیستم اطلاعاتی و پژوهشی فعال در تصمیم‌گیری،
۱۵. نارسایی در رژیم حقوقی (سطوح قانون‌گذاری)، کمبود یا نبود آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های لازم در نظام بیمه‌ای و ارائه خدمات سلامتی، تناقض قوانین و وجود قوانین موازی،
۱۶. ابهام در نحوه انتخاب ساختار ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و نبود نگرش جامع‌نگر در این زمینه،
۱۷. ابهام در تعریف نقش و شرح وظایف پزشکان عمومی،
۱۸. رشد نرخ بیکاری فارغ‌التحصیلان گروه پزشکی،
۱۹. بیکاری ده‌ها هزار فارغ‌التحصیل گروه پزشکی از یک طرف و وجود نیاز حیاتی و کمبود نیروی انسانی در برخی مناطق ازسوی دیگر (در ایران به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر ۱/۲ پزشک وجود دارد، درحالی‌که در فرانسه این میزان ۲/۹۸ و در کوبا ۵/۸ است)،
۲۰. ترجیح منابع فیزیکی و تجهیزاتی بر نیروی انسانی،

۲۱. نظام حجیم و متورم دولتی،
۲۲. عدم کفایت و توانمندی (حرفه‌ای) لازم در برخی از رده‌ها،
۲۳. عدم تناسب در نسبت نیروی انسانی بخش پشتیبانی به نیروهای تخصصی و فنی،
۲۴. عدم مشارکت نیروهای بخش سلامت در سود و زیان سازمان.

۳-۴-۵ کارایی و کیفیت خدمات

- چالش‌های عمده این بخش عبارت است از:
۱. الگوی مصرف ناصحیح از خدمات،
 ۲. تمرکز بر داده‌های بخش سلامت و بی‌توجهی به ستانده‌های بخش،
 ۳. عدم نگهداری و استفاده بهینه از منابع فیزیکی و تجهیزاتی،
 ۴. نظام پرداخت نامناسب و هزینه‌ساز،
 ۵. کاهش اعتماد متقابل بیمار و پزشک (که موجب از بین رفتن تقدس و حرمت حرفه پزشکی می‌شود)،
 ۶. افت مستمر کیفیت ارائه خدمات،
 ۷. نبود پرونده سلامت فردی و عدم ثبت اطلاعات مورد نیاز،
 ۸. سرگردانی بیماران و عدم هدایت صحیح آن‌ها (که باعث آسیب سلامتی فرد، زیان‌های مالی و از دست دادن فرصت‌های بهبود می‌گردد)،
 ۹. عدم وجود ابزارهای لازم بین‌بخشی در جهت ارتقای سلامت،
 ۱۰. عدم تبیین استانداردهای کمی و کیفی عملیات، مدیریت و نبود سیستم پایش و ارزشیابی،
 ۱۱. نبود سیستم آموزشی مناسب برای گروه پزشکی درخصوص وظایف محوله (قبل و بعد از فارغ‌التحصیلی)،
 ۱۲. ابهام در تعریف بسته خدمات سلامتی،
 ۱۳. ناکارآمدی نظام مدیریت اطلاعات (موجود)،
 ۱۴. عدم تعریف و توزیع نامناسب منابع در اختیار و عدم پیش‌بینی منابع و زمان کافی برای طراحی برنامه‌های عملیاتی سلامت،

۱۵. نداشتن تعریف مشخصی از وضعیت مطلوب،
۱۶. ناهمگونی در نظام عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی و درمانی،
۱۷. واردات بی‌رویه تکنولوژی تشخیصی و درمانی و به تبع آن افزایش سرسام‌آور هزینه‌ها،
۱۸. نبود خطوط راهنما^۱ و پروتکل‌های تشخیصی و درمانی،
۱۹. مشارکت نداشتن پزشکان در مخاطره‌پذیری و هزینه‌های اضافی تحمیلی بر بخش.

۴-۵ مدیریت و پاسخ‌گویی

مهم‌ترین مشکلات این بخش عبارت است از:

۱. ناپایداری عمر مدیران و گردش سریع نخبگان و همچنین نداشتن نظام انتخاب مدیران براساس شایستگی،
۲. کمبود آموزش‌های لازم در زمینه تکنیک‌ها و مهارت‌های نوین مدیریت،
۳. کمبود انگیزه و رضایتمندی در مدیران،
۴. نبود طرح، برنامه و مدیریت استراتژیک در سازمان،
۵. سنتی (و قدیمی) بودن نظام مدیریت و گردش مالی،
۶. عدم مشارکت مدیران در سود و زیان سازمان،
۷. ضعف در نظام آموزشی و انتخاب مدیران،
۸. نبود تعریف صحیح حوزه مدیریتی (عدم تناسب اختیارات، وظایف، مسئولیت‌ها و پاسخ‌گویی)،
۹. عدم شفافیت در پاسخ‌گویی در سطوح ستادی و محیطی،
۱۰. عدم رضایت و انگیزه لازم برای پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری در مقابل جامعه،
۱۱. عدم اعتماد به کادر پزشکی در تفویض اختیار و استمرار مدیریت متمرکز،
۱۲. عدم هماهنگی بین نهادهای مؤثر مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه، سازمان نظام پزشکی و مجلس شورای اسلامی.

۵-۵ نظرات خبرگان و دست‌اندرکاران

صرف‌نظر از تقسیم‌بندی فوق، در گردهمایی تعدادی از خبرگان و دست‌اندرکاران نظام سلامت کشور برای بررسی مشکلات و چالش‌های فراروی نظام سلامت کشور، نتایج زیر حاصل شده است. در این نشست، شش مسئله اصلی در حوزه سلامت مطرح شده و از حیث رضایتمندی مشتریان، عملی بودن، اثربخشی و کارایی مورد سنجش قرار گرفته است (جدول ۵-۱).

جدول ۵-۱ چالش‌های نظام سلامت از حیث شاخص‌های چهارگانه

ردیف	چالش‌ها	رضایتمندی مشتریان	عملی بودن	اثربخشی	کارایی	جمع امتیازات	درجه اولویت
۱	عدم توجه به سیستم‌های آموزشی مدیران	۳	۴	۵	۵	۱۷	۱
۲	سازمان‌دهی نامناسب عناصر نظام سلامت	۴	۲	۵	۵	۱۶	۲
۳	عدم وجود نظام پایش کیفیت خدمات درمانی	۴	۳	۴	۴	۱۵	۳
۴	تعریف نشدن بسته خدمات سلامت	۱	۴	۴	۵	۱۴	۴
۵	نهادینه نشدن پژوهش در بخش سلامت	۲	۲	۴	۴	۱۲	۵
۶	عدم پرداخت سهم مناسب اعتبارات به بخش سلامت	۴	۱	۱	۲	۸	۶

در نشستی دیگر، چهارده مشکل اصلی برای نظام سلامت مطرح شده و از حیث ابعاد هفت‌گانه شامل: اثربخشی بر رضایتمندی مشتری (الف)، اثر بر کاهش هزینه (در صورت رفع مشکل) (ب)، تأثیر بر شاخص‌های سلامت (ج)، عملی بودن به لحاظ رفع مشکل (د)، اثر بر شاخص عدالت (ه)، اثربخشی (و)، کارایی (ز)، بررسی و اولویت‌بندی گردید. نتایج در جدول (۵-۲) آمده است:

جدول ۲-۵ مشکلات نظام سلامت از حیث ابعاد هفت‌گانه

ردیف	چالش‌ها	الف	ب	ج	د	هـ	و	ز	جمع
۱	عدم وجود نظام پایش کیفیت خدمات درمانی	۹	۷	۱۱	۹	۱۱	۱۳	۷	۶۷
۲	عدم توجه به موضوع آموزش مدیران	۱۴	۱۱	۳	۱۲	۳	۱۱	۱۳	۶۷
۳	نهادینه نشدن پژوهش در بخش سلامت	۱۰	۵	۱۰	۷	۵	۱۴	۱۴	۶۵
۴	سازمان‌دهی نامناسب عناصر	۱۳	۱۲	۴	۴	۸	۱۰	۱۲	۶۳
۵	تعریف نشدن بسته خدمات سلامت	۷	۱۴	۱۴	۱۳	۲	۵	۶	۶۱
۶	عدم پرداخت سهم مناسب اعتبارات به بخش سلامت	۱۲	۱۳	۱۳	۳	۶	۳	۹	۵۹
۷	متورم و حجیم بودن بخش دولتی	۲	۳	۷	۱۴	۱۴	۶	۱۱	۵۷
۸	عدم تبیین روشن اهداف کلان نظام سلامت	۸	۸	۱۲	۸	۱۲	۲	۱	۵۱
۹	بیماری‌زا بودن نظام‌های پرداخت به‌جای سلامت‌ساز بودن آن	۴	۹	۸	۱۰	۴	۷	۴	۴۶
۱۰	مشتری‌محور نبودن	۱	۴	۶	۶	۶	۱۳	۱۲	۴۵
۱۱	تأثیرپذیری فراوان برنامه‌های سلامت از امور سیاسی، فرهنگی و اقتصادی	۱۱	۱۰	۵	۲	۱	۹	۵	۴۳
۱۲	متعدد بودن منابع مالی نظام سلامت	۳	۶	۹	۵	۹	۸	۲	۴۲
۱۳	عدم وجود سطح‌بندی در دسترسی به خدمات سلامتی	۵	۲	۲	۱۱	۷	۱	۸	۳۶
۱۴	تمرکز در تصمیم‌سازی و اجرا و نبود وجدان کاری در سطح ملی	۶	۱	۱	۱	۱۰	۴	۱۰	۳۳

(الف) اثربخشی بر رضایتمندی مشتری

(هـ) اثر بر شاخص عدالت

(ب) اثر بر کاهش هزینه در صورت رفع مشکل

(و) اثربخشی

(ج) تأثیر بر شاخص‌های سلامت

(ز) کارایی

(د) عملی بودن به لحاظ رفع مشکل

۵-۶ نقاط قوت و فرصت‌های فرارو

مهم‌ترین نقاط قوت و فرصت‌های فراروی نظام سلامت را می‌توان به‌ترتیب زیر برشمرد:

۱. وجود شبکه گسترده ارائه خدمات سلامت و ظرفیت‌های بالقوه در نظام موجود،

۲. برخورداری از نیروی انسانی کافی و تجهیزات مناسب،

۳. همگرایی سیاست‌گذاران در مبانی نظری سلامت،

۴. تکلیف قانونی دولت به تأمین سلامت مردم (به عنوان حقی همگانی)،
۵. تجارب مفید بین المللی و زمینه جلب مشارکت سازمان های جهانی،
۶. پوشش بیمه ای به نسبت مناسب (هرچند ناکافی) آحاد جامعه،
۷. احساس نیاز به ضرورت تغییر نظام موجود در میان کلیه نقش آفرینان بخش سلامتی،
۸. نیاز به امنیت اجتماعی آحاد جامعه به منظور حل دو مشکل اساسی فقر و بیماری،
۹. طرح بحث رفاه اجتماعی در جامعه با توجه به تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی،
۱۰. تأثیر مستقیم بهبود سلامت بر میزان کارایی و بهره وری نیروی کار و اشتغال، ظرفیت اقتصاد و احساس رضایت آحاد جامعه،
۱۱. تمهیدات قانونی پیش بینی شده در برنامه چهارم توسعه (که بر سطح بندی خدمات، واگذاری آن ها و کاهش تصدی گری دولت تأکید دارد).

فصل ششم

دارو و تجهیزات پزشکی

دارو نقشی حیاتی در عملکرد مناسب خدمات سلامت ایفا می‌کند. بسیاری از خدمات درمانی و پیشگیرانه وابسته به دارو بوده و بیماران در دسترس بودن آن را نشانگر کیفیت مناسب خدمات سلامت می‌پندارند. باوجود پیشرفت‌های صورت گرفته در زمینه دسترسی به داروهای اساسی طی دهه‌های گذشته، هنوز هم بخش اعظمی از جمعیت جهان (بیش از یک‌سوم جمعیت) از دسترسی به دارو محرومند.

مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی صرفاً به معنای رفع نیازهای بهداشت و درمان یک کشور نیست، بلکه یکی از راه‌های اصلی دستیابی به تکنولوژی بالا و مقوله‌ای امنیتی محسوب می‌شود که متأسفانه به سرعت در حال سقوط به ورطه بی‌بندوبار و خطرناک دلالی است.

بخش عمده‌ای از مصارف سلامت در کشورهای در حال توسعه، مربوط به مصارف دارویی است. ۲۴ درصد مصارف سلامت در آفریقای جنوبی و ۶۶ درصد در کشور مالی مربوط به داروست، که بخش اعظم منابع آن (بین ۴۵ تا ۶۰ درصد کل هزینه‌های دارویی) از طریق بخش خصوصی و از مصرف‌کنندگان خدمات تأمین شده و سهم دارو در مصارف سلامت خانواده، بالاترین رقم را تشکیل می‌دهد. در ایران به‌طور متوسط ۳۰ درصد از منابع سازمان‌های بیمه‌گر صرف پرداخت هزینه‌های دارویی می‌شود، و سهم مردم در مصارف سلامت کشور (با توجه به گزارش سال ۲۰۰۲ میلادی سازمان جهانی بهداشت)^۱ برابر با ۵۳/۷ درصد هزینه‌هاست که به‌طور مستقیم توسط آنان پرداخت می‌شود. اما از آنجاکه پرداخت فرانشیز، حق فنی و هزینه داروهای خارج از فهرست تعهد نیز به عهده بیمار است، درصد این هزینه‌ها بالاتر نیز می‌رود.

1. World Health Organization (WHO)

صرف نظر از اینکه بخش خصوصی مهم‌ترین نقش را در بخش دارویی کشورهای در حال توسعه ایفا می‌کند، خوددردمانی و استفاده خودسرانه از دارو با توصیه‌های غیرتخصصی نیز در این کشورها شایع است. «خرید استراتژیک» به منظور اطمینان و بهبود روند دسترسی به دارو و بهبود عملکرد بازار (از طریق انگیزه‌ها، قوانین و اطلاعات) به سه استراتژی مداخلات بخش تقاضا، مداخلات بخش عرضه و رژیم‌های انگیزشی و قیمت‌گذاری دارو طبقه‌بندی می‌شود.

۶-۱ مداخلات بخش تقاضا

در بسیاری از کشورها منابع خرید (کافی) دارو برای پاسخ‌گویی به تقاضای فقرا اندک است و علاوه بر آن، موانع دسترسی مانند قیمت دارو، عدم آگاهی، فاصله طولانی تا داروخانه‌ها، تبعیضات قومی و نژادی و مذهبی، مزید بر علت می‌شود. به همین دلیل، پرداخت یارانه برای بهبود سازوکار دسترسی به داروهای حیاتی ضروری است. مداخلات بخش تقاضا را می‌توان به دو بخش تقسیم‌بندی کرد:

۶-۱-۱ هدفمند کردن یارانه‌ها

برنامه‌های «معافیت از پرداخت هزینه مشارکت»^۱ یکی از روش‌های مرسوم برای هدفمند کردن یارانه‌های دارویی است، ولی معمولاً نتایج مطلوبی را به دست نمی‌دهد؛ زیرا پایداری برنامه با اشکال مواجه است. به طور مثال مادران باردار دارو را دریافت کرده و آن را به سایر اعضای خانواده خود می‌دهند. روش دیگر، تخصیص جغرافیایی یارانه است که در آن تلاش می‌شود مناطق دوردست و محروم‌تر هم از یارانه‌های دارویی بهره‌مند شوند.

۶-۱-۲ ترویج فرهنگ مصرف منطقی دارو

تجویز بیش از حد، تجویزهای متعدد، استفاده زیاد از آنتی‌بیوتیک‌ها، سوءاستفاده از داروهای تزریقی و عدم مصرف بهینه محصولات مؤثر مانند مایع درمانی خوراکی^۲ به جای

1. Exemption of Co Payment

2. Oral Rehydrating Solution (ORS)

سرم درمانی، مهم‌ترین مشکلات حاصل از مصرف غیرمنطقی دارو را تشکیل می‌دهد. علت بروز این مشکلات را می‌توان در فشارهای اقتصادی، نبود اطلاعات، کمبود نیروی انسانی، نبود نظارت و پاسخ‌گویی، سودجویی شرکت‌های دارویی و سودهای فراوانی که از تجویز و توزیع غیرمنطقی دارو نصیب فروشندگان و تجویزکنندگان دارو می‌شود، جستجو کرد. با آموزش تجویزکنندگان و توزیع‌کنندگان دارو، ارائه استانداردهای راهنمای درمان،^۱ بازنگری در نحوه بهره‌مندی از دارو و تشویق به استفاده از داروهای ژنریک می‌توان با این موارد و مشکلات مقابله نمود.

۶-۲ مداخلات بخش عرضه

مداخلات این بخش را می‌توان در دو گروه عمده تقسیم‌بندی کرد:

۶-۲-۱ داروهای اساسی

یکی از مهم‌ترین ابزار کنترل هزینه‌ها و قابل دسترس کردن داروها در تمام کشورهای جهان، تصویب «فهرست داروهای اساسی»^۲ همراه با اعمال سیاست‌های تشویقی برای تجویز منطقی داروست. بیشتر داروهای فهرست پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت، خارج از امتیاز انحصاری^۳ بوده و براساس آن می‌توان بهترین تولیدکنندگان دارو را با توجه به کیفیت، قابلیت اعتماد و قیمت مناسب انتخاب کرد. این فهرست به‌طور سالانه بازنگری می‌شود تا داروهای خارج شده از امتیاز انحصاری، داروهای مؤثر جدید و منابع افزوده شده با توجه به رشد اقتصادی کشورها در فهرست جدید قرار گیرد. در این فهرست معمولاً اسامی داروهای دارای اولویت‌های دوم و سوم نمی‌آید. یکی از مهم‌ترین موانع موجود در استقرار و استفاده از داروهای موجود در فهرست داروهای اساسی در کشورهای مختلف، تمایل بیماران و پزشکان به استفاده از داروهای با نام تجاری است که اغلب با تبلیغات فراوان و فریبنده به فروش می‌رسد.

1. Standard Therapeutic Guideline (STG)

2. Essential Drug List (EDL)

3. Patent

فهرست اقلام اساسی دارو در کشورمان شامل حدود پنجاه قلم است که بهورزان خانه‌های بهداشت به‌طور رایگان در اختیار بیماران قرار می‌دهند. ازطرف دیگر، داروهای مورد تعهد در فهرست سازمان‌های بیمه‌گر همه‌ساله به تصویب هیئت وزیران می‌رسد، که هم‌اکنون از حدود ۱۶۵۰ قلم داروی موجود در فهرست دارویی کشور، ۱۳۶۰ قلم در فهرست تعهد سازمان‌های بیمه‌گر قرار دارد.

۶-۲-۲ تأمین دارو

فرایند انتخاب و خرید دارو بسیار مهم است. رقابت فعال بین بخش عمومی و خصوصی می‌تواند بر قیمت، کیفیت، و حجم دارو اثر بگذارد. فراهم‌کنندگان مختلف دارو عبارت است از:

۱. تأمین‌کنندگان عمومی: در این خصوص استاندارد موجود در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به‌گونه‌ای است که در آن یک سیستم عمومی مرکزی به‌صورت انحصاری (و تک‌قطبی) تأمین دارو را برعهده دارد. در سال‌های اخیر این وظیفه به واحدهای محلی و یا خودگردان واگذار شده تا با بهبود پاسخ‌گویی از عملیات مشابه تجارت در آن استفاده نمایند.
۲. تولیدکنندگان: شامل تولیدکنندگان داخلی و هم خارجی دارو می‌شود. در بعضی از کشورها واردات داروهای خارجی برای حمایت از داروهای (تولیدی) داخلی ممنوع است.
۳. تأمین‌کنندگان خصوصی: یا انتفاعی است مانند انگلستان (با صدها شرکت تجاری تولیدکننده دارو) و یا غیرانتفاعی است مانند کنیا.
۴. فروشندگان خصوصی: شامل فروشندگان خرد دارو (داروخانه‌ها) که با اخذ مجوز (پروانه) دولتی فعالیت می‌کنند.

۶-۳ رژیم‌های انگیزشی و قیمت‌گذاری

بازار دارو با مشکلاتی چون عدم تقارن اطلاعات، رقابت، تقاضای القایی، تجویز غیرمنطقی،

-
1. Allocative Planning
 2. Producers
 3. Private Supply Agency
 4. Private Retailers

اضافه قیمت و توزیع نابرابر روبه‌روست. البته تغییرات رفتاری این بازار را می‌توان از طریق ایجاد انگیزه‌های مالی، تنبیه یا سایر اقدامات تنظیم‌کننده، کنترل و اصلاح کرد.

۱-۳-۶ رژیم‌های انگیزشی^۱

روش پرداخت هزینه به پزشکان براساس الگوی نسخه‌نویسی و استفاده از دارو، شیوه مناسب و اثرگذاری است. روش‌های عمومی پرداخت که انگیزه‌های متفاوتی را به لحاظ تجویز دارو ایجاد می‌کند، عبارت است از:

۱. **نظام انتقال بودجه‌ای:**^۲ بودجه دارو ممکن است به شکل گوشواره‌ای یا خط به خط (مواد بودجه‌ای) برای تأمین دارو و تجهیزات تخصیص یابد. بودجه‌های جهانی با توجه به بازتخصیص منابع در مواد بودجه‌ای، میزان کارایی را افزایش می‌دهد.

۲. **نظام سرانه:**^۳ استفاده از این روش که در کشورهای در حال توسعه معمول نیست موجب می‌شود که بیماران سریع‌تر به مراکز درمانی مراجعه کرده، داروهای کمتری مصرف نمایند و سریع‌تر بهبود یابند.

۳. **نظام کارانه:** شایع‌ترین روش پرداخت هزینه به بخش خصوصی است و موجب افزایش مصرف دارو می‌شود.

استفاده از انگیزه‌های مالی مانند فرانشیز تصاعدی برای داروهای بیشتر، موجب کاهش میزان تجویز دارو، کاهش هزینه به‌ازای هر نسخه، کاهش سوءصرف و رعایت استانداردهای درمانی^۴ شده است.

حاشیه توزیع^۵ (که موجب افزایش هزینه می‌شود) و حق فنی توزیع^۶ هر دو بر میزان مصرف دارو اثر می‌گذارد. اعمال درصد ثابت موجب استفاده از داروهای گران‌قیمت می‌شود، ولی کاهش حق فنی همراه با افزایش قیمت، این انگیزه را کاهش می‌دهد. هم‌اکنون در

-
1. Incentive Regimes
 2. Budgetary Transfers
 3. Capitation
 4. Standards Treatment Guidlines (STG)
 5. Dispensing Margin
 6. Dispensing Fee

کشورمان روندی معکوس جریان دارد، به طوری که حق فنی نسخ ارزان تر کمتر از نسخ گران تر است (۱۶۰۰ ریال برای نسخ کمتر از ۵۰۰۰ ریال و ۲۲۰۰ ریال برای نسخ بالاتر از ۵۰۰۰ ریال که البته به این ارقام به ترتیب ۴۰۰ و ۲۰۰ ریال در شب اضافه می شود).

۲-۳-۶ کنترل قیمت ها

استفاده از فضای رقابتی و خرید داروهای طرح ژنریک به جای داروهای تجاری، هم در بخش عمومی و هم خصوصی، می تواند قیمت ها را کنترل نماید. به خصوص آنکه سازمان های دولتی و سازمان تأمین اجتماعی به دلیل برخورداری از توان انحصاری خرید، قدرت چانه زنی بالایی را دارند، و دولت می تواند از طریق این اهرم قیمت دارو را کنترل نماید. با توجه به وضعیت و شرایط موجود، به نظر می رسد که در امر سیاست گذاری دارو ضروری است هر سه عامل عرضه، تقاضا و انگیزش مدنظر قرار گرفته و با استفاده از نظرات سازمان های بیمه گر، راهکارهای مناسب هر بخش طراحی و اجرا شود.

۴-۶ نقاط ضعف و چالش ها

نقاط ضعف و چالش های بخش دارو در کشورمان را می توان به ترتیب زیر برشمرد:

۱-۴-۶ قیمت دارو

۱. قیمت گذاری داروهای تولید داخل براساس قیمت تمام شده و در چارچوب فرمول های سنتی است (که در آن هیچ سهمی برای مقوله تحقیق و توسعه و معرفی دارو دیده نشده است)،
۲. اختلاف بیش از حد قیمت داروهای وارداتی با داروی مشابه تولید داخل،
۳. عدم تمایل به سرمایه گذاری برای تولید دارو در کشور و تمایل فراوان برای سرمایه گذاری در امر واردات دارو.

۲-۴-۶ مراکز تک نسخه ای

۱. دور شدن مراکز تک نسخه ای از اهداف تعیین شده (با هدف حل مشکل مقطعی دسترسی بیماران به داروهایی که در ایران تولید نمی شود)،
۲. برقراری ارتباط غیرحرفه ای میان مراکز تک نسخه ای و برخی پزشکان و تشویق آنها

به تجویز غیرمنطقی داروهای گران قیمت،
۳. تبدیل شدن مراکز تک‌نسخه‌ای به یکی از عوامل مهم آشفته‌گی بازار دارو و سوءاستفاده
عده‌ای از دست‌اندرکاران آن از این پدیده.

۳-۴-۶ بازار مصرف

۱. عدم هماهنگی مطلوب میان حوزه درمان و دارو (رها بودن نظام درمان و نبود پروتکل ملی درمان)،
۲. عدم استفاده صحیح از بودجه دارو و واردات بدون ضابطه (به‌گونه‌ای که ۴۳ درصد از منابع مالی بخش دارو صرف واردات ۵ درصد از داروی مصرفی شده است)، به خود اختصاص داده است،
۳. عدم رعایت عدالت در توزیع منابع (در حال حاضر بیش از ۲۵ درصد هزینه‌های دارویی کشور صرف بیماران خاص با پوشش کمتر از ۱۰۰/۰۰۰ نفر می‌شود)،
۴. وجود فراورده‌های غیرمجاز در بازار مصرف (فراورده‌های قاچاق).

۳-۴-۶ صنعت داروسازی

۱. قدیمی بودن کارخانه‌های داروسازی،
۲. عدم انطباق تعداد اقلام داروهای تولیدی با فضای فیزیکی و تجهیزاتی موجود،
۳. قدیمی و مستهلک بودن ماشین‌آلات و تجهیزات موجود،
۴. فرمولاسیون‌های قدیمی (که برخی از آن‌ها از صنعت داروسازی دنیا حذف شده‌اند)،
۵. حذف برخی از اقلام دارویی از پروتکل‌های درمانی (درحالی‌که در ایران هنوز این اقلام تولید و تجویز می‌شود)،
۶. قدیمی بودن تکنولوژی ساخت و تهیه داروها،
۷. مدرن نبودن روش‌های کنترل اقلام دارویی،
۸. تهیه مواد اولیه و بسته‌بندی از منابع با کیفیت پایین به دلیل ارزان بودن آن‌ها (علی‌رغم وجود نام‌شان در فهرست دارویی)،
۹. عدم رعایت شرایط نگهداری داروها نزد توزیع‌کنندگان، داروخانه‌ها و مصرف‌کنندگان،

۱۰. ایجاد مقاومت‌های میکربی (به دلیل تجویز و مصرف غیرمنطقی داروها)،
۱۱. عدم ابتکار و نوآوری در سازوکار حمل و نقل دارو.^۱

۵-۶ راهکارهای پیشنهادی

راهکارهای پیشنهادی برای حل مشکلات بخش دارو و بهبود روند تولید، توزیع و مصرف آن به قرار زیر است:

۱-۵-۶ بخش تقاضا

۱. تخصیص یارانه به سازمان‌های بیمه‌گر براساس جمعیت افراد تحت پوشش،
۲. رایگان‌سازی یا کاهش فرانشیز برای گروه‌های اجتماعی خاص یا انواع خاصی از بیماری‌ها (همانند خدماتی که سازمان تأمین اجتماعی به بیماران خاص، سرطانی، مبتلایان به ام‌اس یا مستمری‌بگیران و افراد تحت تکفل آنان ارائه می‌دهد)،
۳. ترویج فرهنگ مصرف منطقی دارو، از طریق تبلیغات رسانه‌ای (مطبوعات، صداوسیما، چاپ بروشور، تراکت و خبرنامه‌های دارویی)،
۴. برگزاری کارگاه‌های تجویز منطقی دارو برای پزشکان،
۵. استفاده از نظام‌های انگیزشی برای پرداخت هزینه به پزشکان.

۲-۵-۶ بخش عرضه

۱. تدوین استانداردهای درمانی،
۲. تشکیل کمیته‌های کشوری از طریق کمیته همسویی سازمان‌های بیمه‌گر،
۳. اصلاح فرایند ورود دارو به فهرست دارویی کشور با استفاده از نظرات کمیته‌های کشوری،
۴. پیش‌بینی در برنامه‌ریزی درخصوص منابع و مصارف دارو،
۵. ایجاد رقابت در بازار دارو با استفاده از قدرت انحصاری خرید^۲ سازمان‌های بیمه‌ای در راستای کاهش قیمت دارو.

1. Drug Delivery Systems
2. Monopsony Power

۳-۵-۶ انگیزش و قیمت‌گذاری

۱. ایجاد انگیزه مادی در فراهم‌کنندگان دارو از طریق اجرای نظام پرداخت سرانه مبتنی بر عملکرد (که خود نیازمند استقرار سیستم ارجاع و سطح‌بندی خدمات است)،
۲. کاهش حق فنی برای داروهای گران‌قیمت،
۳. عضویت نمایندگان وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور در کمیته قیمت‌گذاری دارو،
۴. کنترل واردات دارو و تجهیزات گران‌قیمت به کشور از طریق کمیته کشوری متشکل از نمایندگان انجمن‌های علمی پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان نظام پزشکی، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور و تصویب هیئت وزیران،
۵. تهیه و اعلام فهرست داروهای مجاز وارداتی،
۶. تهیه و تنظیم فهرست دارویی برای کشور و ملزم کردن (قانونی) پزشکان به تجویز منطقی دارو براساس فهرست یادشده،
۷. قیمت‌گذاری دارو با رعایت اقتصاد درمان،
۸. الزام واردکنندگان دارو به تضمین کیفیت داروهای وارداتی و سرمایه‌گذاری در زمینه تولید داخلی آن‌ها،
۹. کسب امتیاز دانش فنی تولید داروها در مقابل واردات آن‌ها با رعایت عمر مفید هر دارو.

۳-۶-۶ تجهیزات پزشکی

مدیریت مواد، لوازم، تجهیزات و تأسیسات پزشکی — بعد از نیروی انسانی — رکن دوم سرمایه در هر جامعه‌ای محسوب می‌شود. لوازم و تجهیزات و تأسیسات پزشکی کشور در سطح خرد و کلان، میلیون‌ها قطعه و دستگاه در بیش از یک‌هزار بیمارستان و مراکز بهداشتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی دولتی، خصوصی، تعاونی و خیریه با سرمایه‌ای حدود هفتادوپنج هزار میلیارد ریال را دربرمی‌گیرد و بیش از ۳۰ درصد سرمایه‌گذاری طرح‌های عمرانی و نیز هزینه‌های جاری را می‌پوشاند و گردش مالی سالانه آن حدود ده هزار میلیارد ریال می‌باشد. گذشت بیش از یک‌صد سال از تشکیل بازار لوازم و تجهیزات پزشکی، حدود

پنجاه سال از فعالیت شرکت‌های مربوط و چهارده سال از تأسیس رشته مهندسی پزشکی و وجود بیش از چهارصد شرکت تولیدی و وارداتی و خدمات فنی و مهندسی مربوط و سی سال قانون‌گذاری سازمانی، اهمیت سهم این بخش را در اقتصاد بهداشت، درمان و آموزش به‌موقع و اثرگذاری جدی آن در ارتقای سلامت جامعه و اقتصاد ملی نشان می‌دهد.

امروزه ۷۰ درصد کالاهای پزشکی و آزمایشگاهی و ۹۰ درصد کالاهای دندانپزشکی در داخل کشور تولید می‌شود. حدود سی درصد از وسایل نیمه‌مصرفی نیز تولید داخل است. تولیدات داخلی طی هفت سال گذشته بهبود کیفیت قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند. بی‌تردید لوازم و تجهیزات در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی نقش بسزایی داشته و از پایه‌های اصلی این بخش محسوب می‌شود و کاربری صحیح و بهینه، بهره‌گیری مناسب، افزایش کارایی، استانداردسازی، افزایش بهره‌وری، مدیریت و سازمان‌دهی و نیز سامان‌دهی پایه‌ای و مستمر آن نقش قابل ملاحظه‌ای در کاهش هزینه‌ها، هماهنگی، انسجام‌بخشی و اثربخشی برنامه‌های اجرایی در بخش سلامت جامعه ایفاء می‌نماید.

زمانی که به لزوم سامان‌دهی مدیریت تأسیسات، ملزومات و تجهیزات پزشکی تأکید می‌شود، بدان معناست که از نظر کمیت و کیفیت، به‌عنوان یک برنامه و سیستم مشخص و منسجم در راستای دستیابی به نیازسنجی، انتخاب، خرید، تحویل، آموزش، نصب و راه‌اندازی، کاربری، نگهداری پیشگیرانه، تعمیر، تنظیم و بهره‌برداری مناسب و استاندارد تجهیزات و تأسیسات و در دسترس بودن صحیح و به‌موقع ملزومات مصرفی عمل نماید. استقرار این مدیریت می‌تواند به مرور کیفیت عملکرد، کاهش هزینه‌های انسجام‌بخش در عملکرد بهره‌وری و فرهنگ‌سازی مطلوب در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و مراکز وابسته بهداشتی و درمانی را در بخش‌های دولتی، خصوصی و خیریه به همراه داشته باشد. موارد یادشده حجم زیادی از برنامه‌ریزی و اجرا در مراکز درمانی بهداشتی و آموزشی و دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها را طلب می‌نماید.

تجارب سال‌های گذشته نشان می‌دهد که به‌طور کلی سرمایه‌گذاری در بخش دولتی و غیردولتی برای خرید تأسیسات و تجهیزات به میزان قابل ملاحظه و سریع صورت می‌گیرد، ولی به نگهداشت، کاربری و بهره‌برداری مناسب از آن‌ها و مدیریت مشتری، زمان، هزینه‌ها و ساختارها توجهی نمی‌گردد. همین امر باعث می‌شود که استفاده به‌موقع،

همه‌هنگ و بهینه از منابع انسانی، تملک دارایی، مالی، ارزی، یارانه‌ای و تسهیلات و امکانات بخش‌ها صورت نگرفته و میزان هزینه‌ها افزایش و کیفیت خدمات کاهش یابد در نتیجه میزان کارایی و بهره‌وری سازمان و رضایتمندی مشتریان و بخش‌ها کم می‌شود. عمر مفید تجهیزات پزشکی به نحو چشمگیری در بخش دولتی کم و کوتاه است. این موضوع دو علت اصلی دارد:

۱. به علت عدم آشنایی، مهارت دلسوزی و احساس مالکیت استفاده‌کنندگان، تجهیزات به‌طور سریع فرسوده می‌شوند.

۲. دیده شده گاهی یک دستگاه به‌طور عمدی خراب می‌شود؛ زیرا با از کار افتادن آن هم میزان کار فرد کم می‌شود و هم درآمد او در بخش خصوصی — که دستگاه مشابهی را خریداری کرده و وی در آنجا شاغل است — افزایش می‌یابد.

درخصوص اقلام مصرفی نظیر استنت‌های قلبی، لوازم ارتوپدی و ... نیز هیچ‌گونه نظارت مشخصی وجود ندارد و شرکت‌های واردکننده بدون همه‌هنگی با سازمان‌های بیمه‌گر اقدام به وارد کردن ملزومات مصرفی (در برخی موارد با مارک‌های غیرواقعی) می‌نمایند و پس از آن با بازاریابی غیراخلاقی و برقراری ارتباط ناصحیح تجاری، اقدام به فروش محصولات خود می‌کنند.

فصل هفتم

آموزش علوم پزشکی

براساس الگوی سازمان جهانی بهداشت، ایجاد منابع از جمله تربیت نیروهای انسانی ماهر در بخش سلامت، یکی از وظایف چهارگانه نظام سلامت کشورها محسوب می‌شود، و این مهم، برعهده دانشگاه‌های علوم پزشکی هر کشور گذاشته شده است. عملکرد مطلوب نظام سلامت در تمام زمینه‌ها چون خدمات بهداشتی و درمانی، پژوهش، مدیریت و رهبری، به میزان دانش، مهارت و توانایی فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌های علوم پزشکی بستگی دارد. به همین دلیل، آموزش علوم پزشکی یکی از ارکان اصلی در حوزه عملکرد نظام سلامت محسوب می‌شود.

۷-۱ آموزش علوم پزشکی در ایران

آموزش علوم پزشکی در کشور طی ۲۵ سال گذشته توسعه کمی قابل ملاحظه‌ای داشته است و از طریق گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی، راه‌اندازی برنامه‌های آموزشی (منجر به اعطای مدرک) و استفاده از حداکثر ظرفیت آموزشی، توانسته کمبود ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سطح کشور را تا حد زیادی مرتفع نماید. بالاترین رشد کمی در آموزش پزشکی، بین سال‌های ۱۳۷۳-۱۳۶۳ رخ داد. رشد فزاینده تعداد پذیرفته‌شدگان و فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی در دهه ۱۳۷۰ موجب شد که در مدت شش سال تعداد پزشکان عمومی به بیش از دو برابر افزایش یابد. این روند تقریباً در سایر رشته‌های گروه پزشکی نیز مشاهده می‌شود. علل تورم نیروی انسانی در بخش پزشکی عبارت بود از:

۷-۱-۱ پذیرش بدون ضابطه دانشجوی

۱. در فاصله‌ای نه چندان طولانی، تعداد دانشکده‌های پزشکی به بیش از ۴۰ دانشکده رسیده و تعداد سایر دانشکده‌ها نیز به سرعت افزایش یافت.

۲. استقبال جوانان دیپلمه از رشته‌های گروه پزشکی سبب شد که دانشگاه‌هایی که تابع وزارت بهداشت نبودند، برای پذیرفتن دانشجو در این رشته‌ها تلاش مضاعفی را به خرج دهند.
۳. با توجه به استقبال جوانان از رشته‌های پزشکی، تعداد زیادی از علاقه‌مندان به رشته‌های گروه پزشکی به کشورهای اروپای شرقی، اتحاد جماهیر شوروی (سابق) و کشورهای حوزه جنوب و جنوب شرقی آسیا سفر کردند و در اوایل دهه ۱۳۷۰ پس از فارغ‌التحصیل شدن، به تدریج به کشور بازگشته و وارد بازار کار شدند.
۴. افزایش سهمیه‌ها و نیز ورود افراد رشته‌های دانشگاهی و به‌خصوص رشته‌های گروه پزشکی رد صلاحیت شده در گزینش (که پس از چند سال مورد تأیید قرار گرفته بودند) به دانشگاه‌ها، میزان پذیرش دانشجو در دانشگاه‌ها را افزون ساخت.

۷-۱-۲ بیکاری فارغ‌التحصیلان

۱. توسعه شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور که از روستاها شروع شده و در دهه ۱۳۶۰ به اوج خود رسیده بود، در دهه ۱۳۷۰ به کندی گرایید.
 ۲. طرح خودکفایی بیمارستان‌ها به علت عدم توجه به کیفیت خدمات توسط پزشکان چندشغله، به ناتوانی نسبی بیمارستان‌ها در تکمیل و گسترش کادر درمانی انجامیده و تأسیس بیمارستان‌های جدید را نیز با اشکال روبه‌رو کرد.
 ۳. متأسفانه توقع ناصحیح مسئولان، بیماران و حتی جامعه از پزشکان (به‌خصوص در مناطق محروم) مبنی بر ۱۰ تا ۱۲ ساعت کار روزانه، به یک فرهنگ تبدیل شده است. سؤال اصلی که در اینجا مطرح می‌شود آن است که چرا در کشور ما باوجود آنکه تعداد پزشکان به نسبت جمعیت به معیارهای بین‌المللی نرسیده و به مراتب کمتر از کشورهای پیشرفته و حتی بعضی از کشورهای در حال توسعه است، هنوز بیم بیکاری فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی و پزشکان وجود دارد؟
- واقعیت آن است که نسبت پزشک به جمعیت را نمی‌توان شاخص اصلی برای تربیت نیروی انسانی در بخش درمان دانست؛ زیرا تعداد پزشک مورد نیاز بستگی به نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، جایگاه پزشک در این نظام و نحوه ارائه خدمات توسط پزشکان دارد. در کشور ما توزیع جغرافیایی پزشک نامتناسب است، به گونه‌ای که نسبت پزشک به

جمعیت در شهرهای بزرگ، در حد کشورهای پیشرفته بوده، ولی در مناطق محروم بسیار کمتر از معیارهای بین‌المللی است. بنابراین مشکل اصلی در تورم نیروی انسانی در پزشکی را باید در نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی جستجو کرد. نظام موجود یک نظام سنتی و بدون مطالعه و برنامه‌ریزی است که همانند بسیاری از کشورهای جهان، با یک نظام دولتی نامتناسب در ارائه خدمات درمانی، بخش خصوصی پرطمطراق ولی بدون ارتباط با نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و عدم نظارت و ارزشیابی همراه است.

۷-۱-۳ ویژگی نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی

- ویژگی‌های نظام کنونی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کشور به‌قرار زیر است:
۱. ارائه خدمات بهداشتی در اکثر روستاها به عهده شبکه بهداشتی و درمانی است.
 ۲. ارائه خدمات بهداشتی در شهرها، توسط بخش دولتی و خصوصی به شکل توأمان صورت می‌گیرد که البته فاقد هرگونه نظارت و نظم است.
 ۳. ارائه خدمات درمانی سرپایی در بیشتر روستاها به عهده شبکه بهداشتی و درمانی است، ولی ۵۰ درصد از نخستین مراجعه درمانی روستاییان به پزشکان بخش خصوصی در شهرها صورت می‌گیرد.
 ۴. ارائه خدمات درمانی سرپایی در شهرها بیشتر به عهده پزشکان بخش خصوصی است که بدون ارتباط با نظام شبکه بهداشتی و درمانی دولتی عمل می‌کنند.
 ۵. ارائه خدمات درمانی (بستری) در روستاها مشخص نیست و از طریق نظام ارجاع — بدون ارتباط معقول با سطح‌بندی — به شکل ناکارآمد صورت می‌گیرد.
 ۶. بیش از ۸۰ درصد خدمات درمانی (بستری) شهری به عهده بخش دولتی است که معمولاً بدون ارتباط با شبکه بهداشتی و درمانی و با کیفیت نامطلوب ارائه می‌شود و بیماران صرفاً به دلیل عدم تمکن مالی و از روی استیصال به این مراکز مراجعه می‌کنند.

۷-۲ اصلاح نظام آموزش پزشکی

آموزش پزشکی در کشور ما به لحاظ ماهیت با اشکالات عدیده‌ای روبه‌رو است که آن را از حالت کاربردی خارج کرده است. در تمام دنیا در کنار آموزش علم پزشکی، مسائل

اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه که پزشک باید به آن‌ها اشراف داشته باشد هم آموزش داده می‌شود؛ موضوعی که در کشورمان اساساً هیچ توجهی به آن نمی‌شود. مهم‌ترین مشکل آموزش پزشکی در ایران، بی‌توجهی به مقوله کرامت انسانی است، به گونه‌ای که به بهانه آموزش، سلامت، شأن و کرامت انسان‌ها به بازی گرفته می‌شود.

آموزش پزشکی برخلاف بسیاری از رشته‌ها، یک رشته کارگاهی نبوده و محور آموزش آن، کالبد انسانی است. در این میان باید حتماً کرامت و سلامت انسانی رعایت شده و به بهانه آموزش، خسارتی به جسم و روح آنان وارد نگردد.

شاید ذکر این نکته ضروری باشد که نظام آموزش پزشکی در ایران برگرفته از الگوی نیم قرن پیش آمریکاست. در آن زمان در آمریکا، انسان‌ها برحسب نژاد و رنگ پوست طبقه‌بندی شده و رنگین‌پوستان به دلیل درمان رایگان در مراکز آموزشی، عملاً به عنوان کالای آموزشی مورد استفاده قرار می‌گرفتند. اما سال‌هاست که این روش حتی در آمریکا منسوخ شده است. امروزه در کشورهای غربی این مسئله به خوبی مورد توجه قرار گرفته و حفظ شأن انسان‌ها در درجه نخست اهمیت قرار دارد، اما متأسفانه در کشور ما که به لحاظ اعتقادی، انسان اشرف مخلوقات دانسته می‌شود، این موضوع به دست فراموشی سپرده شده است.

اساتید و مربیان آموزش پزشکی انگیزه‌های لازم را ندارند و به همین دلیل، به خصوص در مواقع اورژانس و اوقات غیراداری، عملاً سرنوشت انسان‌ها به دست کارآموزانی سپرده می‌شود که فاقد اطلاعات و مهارت‌های لازم هستند. ضمن اینکه کارآموزان (رزیدنت‌های) ارشد نیز به دلیل مشکلات درسی و معیشتی متعدد، عملاً در مواقع ضروری، حضور محسوس و کافی بر بالین بیماران ندارند.

ازسوی دیگر، باید توجه داشت که تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای واقعی جامعه، ایجاد پیوند بین آموزش پزشکی و محیط طبابت در آینده، تأکید بر حفظ مبانی اخلاقی و انسانی در آموزش و ایجاد زمینه آموزش سلامت‌نگر (مراقبت‌های اولیه و بعدی)، تنها از طریق اصلاح نظام آموزش پزشکی و ترویج آموزش پزشکی جامعه‌نگر^۱ امکان‌پذیر است (جدول ۱-۷).

نکته دیگری که درخصوص آموزش پزشکی در کشور وجود دارد، عدم توجه به نیازهای جامعه است. کشور ما شرایط اقلیمی خاص خود را دارد و در برخی نقاط پراکندگی جغرافیایی جمعیت بسیار زیاد است. این مناطق که عموماً مناطق غیربرخوردار نیز محسوب می‌شوند، جاذبه‌های لازم را برای جذب پزشکان متخصص ندارند. از طرفی حتی اگر پزشکان متخصص هم حاضر به کار در این مناطق شوند، به علت بیماردهی پایین منطقه، حضور آن‌ها از نظر اقتصادی قابل توجیه نیست.

در بسیاری از نقاط جهان برای حل چنین مشکلی اقدام به تربیت متخصصانی در دو رشته اصلی جراحی و داخلی کرده‌اند که تسلط کافی به کلیه اقدامات در زیرشاخه‌های مرتبط را دارند. به عنوان مثال، جراح توانایی انجام بعضی از اعمال جراحی اضطراری مغز، کلیه، زنان، ارتوپدی و ... را دارد. در رشته داخلی نیز متخصص بعضی از وظایف متخصصان قلب، غدد، ریه و ... را نیز انجام می‌دهد. این افراد قادرند با رفع نیازهای یک منطقه، درآمد مکفی نیز داشته باشند.

جدول ۱-۷ تفاوت‌های نظام آموزش (پزشکی) جامعه‌نگر با آموزش سنتی

ردیف	موضوع	جامعه‌نگر	سنتی
۱	هدف	نیاز جامعه	انتقال دانش نظری
۲	حاکمیت اخلاق پزشکی	تأکید بر ارتباط بین پزشک و جامعه و یا بخش‌های توسعه	در بهترین شکل، تنها بین پزشک و بیمار
۳	روش جاری (حاکم)	کار در عرصه فعالیت	سخنرانی و استاد محوری
۴	شکل تحقیق	کاربردی و همه‌گیری شناختی براساس نیاز جامعه (با حضور دانشجو)	پایه و بالینی (براساس خواست محقق)
۵	عرصه آموزش	عمدتاً جامعه با مشارکت مردم	بیمارستان‌ها و کلاس درس (بدون حضور در جامعه)
۶	شیوه ارزیابی دانشجو	مشاهده در عمل (عمدتاً عملی)	امتحانات شفاهی و کتبی (عمدتاً ذهنی)
۷	متدولوژی آموزش	دانشجو محور و مبتنی بر حل مسئله	موضوع محور

جدول ۱-۷ تفاوت‌های نظام آموزش (پزشکی) جامعه‌نگر با آموزش سنتی

ردیف	موضوع	جامعه‌نگر	سنتی
۸	برنامه (محتوا)	دارای جامعیت (ناظر بر انواع پیشگیری و ارتقا)	ناظر بر پیشگیری نوع دوم
۹	نگرش مدیریتی	آماده برای رهبری تیم بهداشتی	مستعد برای کار فردی
۱۰	توان خودآموزی	شدیداً مورد توجه است	به آن توجه نمی‌شود
۱۱	انعطاف‌پذیری (ساختاری)	انعطاف‌پذیر	بدون انعطاف
۱۲	رابطه علوم پایه و بالینی	ادغام‌یافته	تفکیک شده
۱۳	رعایت اصول خدمات اولیه سلامت	دارد	ندارد
۱۴	جمعیت تعریف شده ^۱	دارد	ندارد

۷-۳ ویژگی‌های نظام آموزش پزشکی جامعه‌نگر

ویژگی‌های نظام آموزش پزشکی جامعه‌نگر را می‌توان به‌ترتیب زیر برشمرد:

۱. ایجاد پیوند میان آموزش پزشکی و محیط طبابت (آتی): نظام آموزش پزشکی مناسب، نیازمند سازگاری مفید و سازنده با نیازهای مردم و نظام خدمات بهداشتی و درمانی پویاست. در تفکر پزشکی جامعه‌نگر نباید به انتظار بیمار نشست، بلکه باید به سراغ مردم رفته و آن‌ها را تحت پوشش (واقعی) مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی قرار داد. در آموزش‌های کلاسیک و سنتی پزشکی، بر سه عنصر اصلی دانشجو، کتاب و بیمار تأکید می‌شود البته عنصر چهارم (معلم یا استاد) به‌عنوان راهنما^۲ و صرفاً برای تسهیل گردش چرخه یادشده عمل می‌کند. در آموزش‌های نوین و جامعه‌نگر، به‌جایگزینی جامعه با بیمار تأکید می‌شود.

۲. تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای واقعی جامعه: باید اطمینان حاصل شود که نیروهای تربیت شده با نیازهای (در حال تغییر) جامعه انطباق دارند و از کارایی مناسب نیز برخوردارند.

1. Defined Population
2. Facilitator

۳. ایجاد رابطه متقابل میان آموزش پزشکی و نظام سلامتی: دانش‌آموختگان باید بتوانند توانایی‌های علمی و مهارت‌های عملی خود را از طریق نظام سلامت و نه به‌طور انفرادی، در خدمت مردم قرار دهند. بنابراین، ضروری است که این نظام برای پزشک و مردم (به‌صورت توأمان) شناخته شده قابل قبول باشد.

۴. آموزش نحوه مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (و استمرار آن): دانشجویان باید به‌نحوی آموزش ببینند که اطمینان حاصل شود آن‌ها قادرند وضعیت بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را به میزان کافی و به‌صورت علمی، پیگیری و از آنان مراقبت نمایند. آموزش جامعه‌نگر هم بر گروه‌های جمعیتی و هم بر آحاد جامعه معطوف بوده و نیازهای سلامت جامعه را در نظر می‌گیرد.

۵. یادگیری علوم رفتاری: ^۱ واکنش انسان‌ها در مقابل بیماری‌ها یکسان نیست، همان‌گونه که رفتار آن‌ها در مورد سلامتی خودشان هم یکنواخت نیست. شناخت و درک مردم از بیماری‌ها، عوامل تهدیدکننده سلامتی، مفهوم سلامتی، تحمل بیماری و حتی اشکال بالینی مختلف بیماری‌ها، متأثر از عوامل اقتصادی، فرهنگی و اعتقادی جامعه است. در نظام آموزش پزشکی جامعه‌نگر، به یادگیری این مسائل در جریان تجربیات اجتماعی تأکید شده و شناخت میزان آگاهی، نگرش و عملکرد مردم در قبال سلامتی و بیماری خود و اطرافیان‌شان از اهمیت فوق‌العاده زیادی برخوردار است.

۶. یادگیری و شناخت اشکال مختلف بیماری‌ها: عوامل تهدیدکننده سلامتی، بیماری‌ها و اشکال کلینیکی آن‌ها و تنوع بیماری‌ها بسته به شرایط جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هر جامعه فرق می‌کند. در نظام آموزش پزشکی جامعه‌نگر نه فقط اشکال کلینیکی پیشرفته و استقرار یافته، ^۲ بلکه اشکال اولیه و مقدماتی بیماری‌ها نیز آموزش داده شود.

۷. یادگیری مهارت‌های عملی: ^۳ دانش‌آموختگان پزشکی باید به نحوی تجهیز و سازمان‌دهی شوند که در کنار وظایف آموزشی، وظایف بهداشتی و درمانی را نیز انجام داده و بتوانند همه خدمات مورد نیاز جامعه را در این زمینه ارائه دهند.

1. Learning Behavioral Sciences

2. End Stage

3. Learning Professional Skills

۸. یادگیری مهارت‌های فرایندی:^۱ یادگیری در جامعه عملاً یک فرایند محسوب می‌شود، یعنی مجموعه‌ای از مراحل به هم پیوسته و مستمر که در جریان گذر از تمام این مراحل، یادگیرنده آموزش‌های لازم را اخذ می‌کند و تجربیات لازم را به دست می‌آورد. مراحل مهم فرایند یادگیری در جامعه عبارت است از: تعیین مسئله،^۲ حل مسئله،^۳ تصمیم‌گیری،^۴ تحقیق^۵ و ارزیابی. با طی روند یادشده، دیگر پزشک بدون در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و ... بیمار اقدام به طبابت و تجویز دارو نمی‌کند.

-
1. Learning Process Skills
 2. Problem Definition
 3. Problem Solving
 4. Decision Making
 5. Research

فصل هشتم

طب مکمل

آنچه با شنیدن واژه «پزشکی» به ذهن خطور می‌کند، مجموعه‌ای از روش‌های تشخیصی-درمانی است که در بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و اغلب مطب‌های پزشکان انجام می‌گردد و به دانشجویان رشته پزشکی در دانشگاه‌ها آموزش داده می‌شود. این علم که اصطلاحاً «پزشکی رایج» یا «طب غربی» نامیده می‌شود، در حال حاضر متداول‌ترین سیستم درمانی در ایران است. اما در واقع، طب غربی تنها یکی از رویکردهای بشر به موضوع سلامت و بیماری محسوب می‌شود. در کنار این روش، شیوه‌های دیگری نیز وجود دارند که با تفاوت‌هایی در اصول، قواعد و راه‌های تشخیص و درمان، سعی در بازگرداندن سلامتی به بیماران و جلوگیری از ایجاد بیماری در اشخاص سالم دارند. این شیوه‌ها اصطلاحاً طب مکمل (جایگزین) خوانده می‌شوند. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی هر روش درمانی که خارج از محدوده‌ی روش‌های درمانی پزشکی جدید باشد، طب مکمل و جایگزین یا به اختصار «کم»^۱ نامیده می‌شود. امروزه طب مکمل در جهان از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. با گسترش این روش پزشکی و گرایش روزافزون مردم و پزشکان به آن، هر روزه درصد بیشتری از بیماران به سمت این شیوه جذب می‌شوند. به دلیل گسترش روش‌های طب مکمل، انتظار می‌رود که پزشکان — حداقل تا حدودی — با اصول این شیوه پزشکی آشنا باشند.

۸-۱ طب مکمل در برخی کشورهای جهان

۸-۱-۱ آلمان

آلمان یکی از آزادترین کشورهای غربی در زمینه استفاده از طب مکمل است. در این کشور

1. Complementary and Alternative Medicine (CAM)

خصوصاً به طب متمایل به طبیعت^۱ بهای زیادی داده می‌شود و در نظام درمانی آلمان از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. تعداد زیادی از شیوه‌های طب مکمل همچون هومیوپاتی از این کشور نشئت گرفته‌اند. از زمان جنگ جهانی دوم به بعد، درمانگران طبیعی (ناتورپات‌ها)^۲ که در آلمان به هیلپراکتیکر^۳ معروف‌اند و در درمان‌های خود از داروهای طبیعی بهره می‌برند، یکی از اصلی‌ترین درمانگران طبی در این کشور محسوب می‌شوند. بسیاری از رشته‌های طب مکمل همچون طب سوزنی، هومیوپاتی، گیاه درمانی^۴ و کایروپاکتیک در این کشور در زیر پرچم طبیعت درمانی (طب طبیعی) قرار می‌گیرند. دوره‌های طب مکمل هم در بسیاری از دانشگاه‌های این کشور مانند دانشگاه مونیخ،^۵ گیسن^۶ و دوسلدورف^۷ تدریس می‌شود.

در سال ۱۹۹۴ بین ۱۰ تا ۱۳ هزار کارورز طب مکمل در این کشور مشغول به فعالیت بوده و سه چهارم پزشکان آلپاتی از درمان‌های طب مکمل استفاده کرده‌اند. امروزه هم ۷۷ درصد درمانگاه‌های درد^۸ در این کشور به انجام طب سوزنی مشغول بوده و حدود دو میلیون نفر از بیماران از درمان‌های طب مکمل استفاده می‌کنند. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد داروهای هومیوپاتی و گیاهی در آلمان آن‌چنان رایج است که ۹۵ درصد از آن‌ها را تجویز می‌کنند.

۲-۱-۸ فرانسه

در فرانسه برخلاف آلمان، انجام طبابت با روش طب مکمل نیازمند داشتن دکترای پزشکی است و این امر سبب شده حیطه طبابت — به هر شکلی — تا حد زیادی از دسترس غیرپزشکان دور بماند.

در میان پزشکان آلپاتی، ۵/۴ درصد به‌طور اختصاصی، ۲۰/۷ درصد در اکثر موارد

-
1. Nature-oriented Medicine
 2. Naturopaths
 3. Heilpraktiker
 4. Herbalism-phytotherapy
 5. Munchen
 6. Giessen
 7. Dusseldorf
 8. Pain Clinics

و ۸/۷۲ درصد هرازگاهی از این روش‌ها استفاده می‌کنند. در سال ۱۹۹۳، ۶/۲ درصد از کل جامعه پزشکی فرانسه به‌عنوان افراد ورزیده و کارآموده طب مکمل مشخص و معرفی شدند. علاوه بر این پزشکان، پنجاه هزار کارورز غیرآلپاتی نیز در ارائه خدمات پزشکی از این روش‌ها استفاده می‌کنند. در سال ۱۹۹۵ حدود پنج هزار پزشک از داروهای هومیوپاتی در درمان بیماران خود استفاده کرده‌اند که این آمار حتی از انگلستان که از کشورهای صاحب‌نام در زمینه هومیوپاتی است، بسیار بیشتر است. نزدیک به همین تعداد یعنی حدود پنج هزار پزشک هم از اسانس‌های گیاهی^۱، به‌جای آنتی‌بیوتیک‌ها بهره برده‌اند. براساس آمار سال ۲۰۰۳، با توجه به اینکه هرساله هزار پزشک از دوره‌های آموزشی (سه ساله) هومیوپاتی فارغ‌التحصیل می‌شوند، آمار هومیوپات‌های فرانسه از مرز دوازده هزار نفر نیز گذشته است.

۸-۱-۳ انگلستان

طب مکمل در این کشور حتی در میان خاندان سلطنتی و دولتمردان نیز از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است، به‌طوری‌که خاندان سلطنتی انگلستان برای چهار نسل متوالی از هومیوپاتی به‌عنوان طب اصلی خود استفاده می‌کرده‌اند. دولتمردان این کشور نیز بر ارائه خدمات طب مکمل (جایگزین) بسیار تأکید کرده و دسترسی به آن را برای بیماران ضروری می‌دانند. انگلستان تنها کشور اروپایی است که بیمارستان‌های دولتی مخصوص طب مکمل دارد. ۷۰ درصد جمعیت انگلستان علاقه‌مند به استفاده از خدمات شیوه طب مکمل‌اند. در سال ۱۹۹۹ تعداد کارورزان طب مکمل در انگلستان پنجاه هزار نفر گزارش شده است و برآورد می‌شود، پنج میلیون بیمار با پزشکان طب مکمل مشورت کرده‌اند و چند برابر این تعداد هم توسط متخصصان غیرپزشک این رشته‌ها درمان شده‌اند.

۸-۱-۴ استرالیا

این کشور از جمله اولین کشورهایی بود که طب مکمل را به‌طور قانونی در نظام سلامت خود پذیرفته و برنامه‌های آموزشی منظمی را برای آن ارائه داد. امروزه درصد مردمی که از

مشاوره‌های طب مکمل در استرالیا استفاده می‌کنند حتی از انگلستان نیز بیشتر است. رشد این روش آن‌چنان سریع بوده که به‌عنوان مثال تعداد درمانگاه‌های طب سوزنی در شهر برسیان^۱ از ۳۰ باب در طی ۱۴ سال (۱۹۷۴ تا ۱۹۹۸) به ۲۰۰ باب افزایش یافته و در حال حاضر همین تعداد نیز چند برابر شده است. قسمتی از این رشد مدیون در دسترس بودن طب سوزنی برای بیماران به‌صورت آزاد و تحت پوشش بیمه مدی بانک^۲ است.

طب سوزنی به‌صورت گسترده‌ای در مراکز آموزشی این کشور تدریس می‌شود و از آن برای درمان بیماران در تمامی سنین — حتی نوزادان — استفاده می‌گردد. در سال ۱۹۹۵، هشت هزار درمانگر ثبت شده در فهرست اتحادیه درمان‌های طبیبی^۳ این کشور مشغول کار بوده و هشت دانشکده و مدرسه عالی آموزش ناتورپاتی هم فعال بوده است. در استرالیا هر سال حدود یک میلیارد دلار استرالیایی برای ارائه خدمات طب مکمل هزینه می‌گردد.

۸-۲ طب مکمل در ایران

۸-۲-۱ طب سوزنی

اصطلاح انگلیسی «اکیوپانچر»^۴ برای طب سوزنی برای اولین بار توسط یک پزشک آلمانی به نام ویلم تن راین در اوایل قرن هفدهم به‌کار برده شد. چینی‌ها نیز طب سوزنی را با واژه «چن»^۵ توضیح می‌دهند که به‌معنای تحریک کردن با یک سوزن است. تاریخ مکتوب طب سوزنی به حدود دو هزار سال پیش بازمی‌گردد، اما برخی متخصصان معتقدند این شیوه درمانی از عصر حجر به یادگار مانده است. آن‌ها مدعی‌اند در آن زمان از چاقوهای سنگی یا دیگر ادوات لبه تیز برای بیرون کشیدن چرک از دمل‌های چرکی استفاده می‌شد. همچنین واژه قدیمی «بیکن»^۶ در چین باستان به‌معنای استفاده از

1. Brisbane

2. Medibank

3. Federation of Natural Therapeutics (FNT)

4. Acupuncture

5. Chen

6. Biqn

سنگ‌هایی لبه‌دار تیز برای درمان امراض بود.

طب سوزنی تنها یک وجه از طب سنتی چین به‌شمار می‌آید و تاریخ اولین تلاش به ثبت رسیده در درمان امراض از طریق آن، به حدود ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح (زمان سلسله شانگ) برمی‌گردد. به‌نظر می‌رسد فلسفه طب چینی باستانی بر ایجاد توازن بین ارواح نیک و پلید ساکن زمین مستقر بوده است. طب سوزنی یا همان اکیوپانچر که از دو کلمه لاتین اکیو به معنای سوزن و پانچر به معنای سوراخ کردن تشکیل شده است، در مشرق زمین از جمله ایران وجود داشته و هر کشور مطابق با شرایط اقلیمی و فرهنگی خود از این شیوه درمانی استفاده کرده است.

شنیدن واژه طب سوزنی در ذهن بسیاری از مردم، فرو بردن تعدادی سوزن در بدن و تلقین درمان بیماری را زنده می‌کند. نه تنها میان مردم، بلکه در نظام بهداشتی و درمانی کشور ما ذهنیت خوبی نسبت به این طب سنتی وجود نداشته و ندارد. سازمان بهداشت جهانی از ۴۳ مورد بیماری نام برده که با طب سوزنی، درمان‌پذیر است. البته در کشور ما از طب سوزنی، بیشتر برای تسکین درد استفاده می‌شود.

تاریخچه استفاده از طب سوزنی (به شکل چینی آن) در کشور ما به دهه ۱۳۵۰ بازمی‌گردد. در آن زمان یک هیئت چینی به دعوت دولت ایران به کشور ما آمده و نزدیک به یک سال در شهرهای کرج، رامسر و نیز بیمارستان شهدای تجریش مستقر شدند.

طب سوزنی، تنها چند سالی است که در کنار دو شاخه دیگر از طب‌های مکمل، با احراز شرایط و ضوابط تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد تأیید علمی قرار گرفته است. طبق قوانین موجود، در کشورمان دو گروه صلاحیت ارائه خدمات طب سوزنی دارند؛ گروه اول، پزشکانی هستند که دوره‌های کوتاه - حداقل شش ماهه - طب سوزنی را گذرانده‌اند. این گروه حق استفاده از تابلو و سرنسخه به‌عنوان متخصص طب سوزنی را ندارند، ولی می‌توانند در کنار طب نوین، از طب سوزنی (طب سنتی) هم استفاده کنند. گروه دوم، کسانی هستند که دوره‌های چندساله‌ای را به‌عنوان متخصص طب سوزنی در چین، کانادا یا یکی از کشورهای مورد تأیید سازمان نظام پزشکی کشور گذرانده و ازسوی وزارتخانه‌های بهداری کشورهای فوق تأیید شده باشند. طب سوزنی یکی از بدون عوارض‌ترین شیوه‌های درمانی در جهان محسوب

می‌شود، به گونه‌ای که اگر بهداشت آن، که شامل استفاده سوزن‌های استریل یک بار مصرف است مراعات شده و پزشک متخصص آن از تبحر لازم بهره‌مند باشد، عوارض جانبی آن نزدیک به صفر است.

افراد و پزشکانی که تاکنون در این رشته مجوز فعالیت دریافت کرده‌اند، بسیار محدودند و سایرین یا از تخصص و تبحر کافی در کاربرد علمی و صحیح طب مکمل برخوردار نمی‌باشند یا شیادان و سوداگرانی هستند که با تبلیغات غیرواقعی، روش‌هایی فاقد هرگونه مبنای علمی را برای درمان بیماران اعمال می‌کنند.

۸-۲-۲ طب سنتی و مکمل

در سال ۱۳۸۳ با استناد به ماده (۱۲) قانون تشکیل شورای آموزش پزشکی و تخصصی رشته‌های پزشکی، شورای آموزش و پژوهش طب سنتی و مکمل به‌عنوان نهاد هماهنگ‌کننده، کارشناس و سیاست‌گذار در تمامی امور مربوط به طب سنتی و مکمل در کشورمان تشکیل گردید. اهداف شورا عبارتند از:

۱. سیاست‌گذاری و تعیین خط‌مشی فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی رشته‌های مختلف طب سنتی و مکمل،
۲. بررسی و تعیین نیازهای آموزشی مقاطع مختلف رشته‌های طب سنتی و مکمل،
۳. بررسی و فراهم آوردن زمینه‌های راه‌اندازی و ایجاد رشته‌های مختلف طب سنتی و مکمل،
۴. تعیین محتوای برنامه و روش‌های کلی آموزشی و ایجاد هماهنگی‌های لازم،
۵. هدایت روند فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی در مقاطع مختلف رشته‌های ذی‌ربط،
۶. برنامه‌ریزی در جهت تأمین نیروی انسانی مورد نیاز و کارآمد،
۷. تعیین شرایط و ضوابط لازم برای تربیت نیروی انسانی در مقاطع مختلف رشته‌های طب سنتی و مکمل و تشکیل هیئت‌های امتحان و ارزشیابی از متخصصان و صاحب‌نظران دانشگاهی و خبرگان رشته‌های مختلف طب سنتی و مکمل مورد تأیید (با ضوابطی که آیین‌نامه جداگانه آن را تعیین می‌کند)،
۸. تعیین ظرفیت و ضوابط پذیرش در مقاطع مختلف،

۹. همکاری با شورای گسترش و شورای عالی ارزشیابی مدارک تحصیلی،
 ۱۰. همکاری با شورای آموزش مستمر در زمینه‌های مربوط،
 ۱۱. تعیین ضوابط گزینش و اعزام بورسیه در مقاطع و رشته‌های مختلف طب سنتی و مکمل،
 ۱۲. تهیه و تدوین آیین‌نامه و مقررات اجرایی امتحانات ذی‌ربط.
- در این راستا در سال ۱۳۸۶ اولین دوره آموزش طب سنتی در ایران برگزار شد. نگاه جامع به انسانیت و بشریت به‌عنوان فلسفه طب اسلامی ایرانی، تبدیل میراث گران‌بهای گذشته به علم روز و نگاه معتدل و دور از افراط و تفریط، از جمله اهداف ایجاد رشته طب سنتی ایران در کشورمان محسوب می‌شود.

۸-۲-۳ گیاهان دارویی

در حال حاضر نزدیک به ۳۰ شرکت داروسازی به تولید داروهای گیاهی مشغول‌اند. تا سال ۱۳۸۶، ۲۲۳ داروی گیاهی در کشور ثبت شده که حدود ۱۳۰ فراورده دیگر نیز درخواست ثبت داده‌اند. این داروها علاوه بر داروخانه‌ها در عطاری‌ها و سایر فروشگاه‌ها نیز به فروش می‌رسند و بسیاری از آن‌ها توسط پزشکان نیز تجویز می‌شوند، البته تحت پوشش بیمه‌ای قرار ندارند.

۸-۳ چالش‌ها و فرصت‌ها

تمامی سیستم‌های پزشکی اعم از روش‌های تئوریک و روش‌های عملی به موازات طب رایج و متداول، تکامل یافته‌اند. بسیاری از آن‌ها روش‌های طب سنتی هستند که توسط فرهنگ‌های مختلف در سرتاسر دنیا مورد آزمایش و بهره‌برداری قرار گرفته‌اند. طب سنتی از قدیمی‌ترین شیوه‌های درمانی در جوامع بشری است که بسیار پیش‌تر از طب مدرن مورد استفاده ملل مختلف بوده و رشد و نمو خود را مدیون سنت، فرهنگ و آداب و رسوم ملل گوناگون است. اگرچه طب مدرن نیز به‌طور بسیار گسترده‌ای رشد و پیشرفت کرده است، اما طب سنتی هنوز در بسیاری از کشورها جایگاه خود را حفظ کرده و در چند دهه اخیر رشد فزاینده‌ای داشته است.

امروزه مردم بسیاری از کشورها به دنبال یافتن شیوه‌هایی از درمان‌های طبیعی هستند تا علاوه بر درمان بیماری‌هایشان، از ابتلا به بیماری‌های جدید پیشگیری کنند. رشد تقاضا در این زمینه چه از طرف مردم و چه صنایع، نشان‌دهنده جایگاه قابل ملاحظه طب سنتی در عرصه بهداشت و درمان می‌باشد که توجه و حمایت بیشتر دولتمردان و جوامع علمی-دانشگاهی را به خود معطوف کرده است. با این وجود، عدم حمایت نظام بیمه‌ای، عملکرد طب سنتی را به شدت محدود می‌سازد. به نظر می‌رسد حمایت کامل سازمان‌های بیمه‌گر از شیوه‌های اصولی و تأیید شده طب سنتی و مکمل بتواند ضمن کنترل هزینه‌های درمان، سلامت جامعه را نیز بهبود بخشد.

سازمان بهداشت جهانی، استراتژی جامع خود را در مورد طب سنتی برای اولین بار در سال ۲۰۰۲ ارائه کرد. محورهای مهم این استراتژی که برای همیاری و مساعدت کشورهای مختلف در زمینه ارتقای سطح کیفی و کمی طب سنتی طراحی شده به قرار زیر است:

۱. توسعه سیاست‌ها و خط‌مشی دولت‌ها برای ارزیابی و نظام‌مند کردن طب سنتی و شیوه‌های متنوع طب مکمل و جایگزین،

۲. تضمین قابلیت و خاصیت طب سنتی و درمان‌های مکمل و جایگزین به خصوص گیاهان دارویی،

۳. شفاف‌سازی مفهوم «درمان‌شناسی» در طب سنتی و درمان‌های مکمل و جایگزین برای تولیدکنندگان و مصرف‌کنندگان این نوع داروها،

۴. جمع‌آوری اطلاعات مربوط به طب سنتی و درمان‌های وابسته به آن.

در حال حاضر، سازمان بهداشت جهانی دومین دستورالعمل خود را در خصوص طب مکمل منتشر کرده است (جدول ۱-۸) و در کشورهای بوركینافاسو، کنگو، گینه، مالی، نیجریه، کنیا، اوگاندا و زیمبابوه پروژه‌های تحقیقاتی در مورد تأثیر گیاهان بر درمان ایدز، مالاریا، کم‌خونی (سلول‌های داسی شکل) و دیابت را در دست اجرا دارد.

در سال ۲۰۰۳ این سازمان حمایت‌هایی را در مورد تسهیل فرایند توسعه و معرفی طب سنتی و درمان‌های مکمل به وسیله دوره‌های تحصیلی در فیلپین فراهم کرد و تعلیم و تربیت عرضه‌کنندگان محصولات طب سنتی و داروهای مکمل را در سه کشور چین، مغولستان و ویتنام در دستور کار خود قرار داد.

آنچه مسلم است بیش از یک سوم جمعیت کشورهای در حال توسعه از کمبود داروهای حیاتی و ضروری برای درمان بیماری‌هایشان رنج می‌برند. فراهم کردن بستری مناسب برای ایجاد امنیت و سودمندی طب سنتی و درمان‌های طبیعی، باعث سهولت دسترسی مردم جهان به درمان‌های طبیعی و حفظ سلامتی آن‌ها می‌شود.

برخی کشورها مانند چین، کره و ویتنام، تمامی ظرفیت‌های طب سنتی را در نظام درمانی خود نهادینه کرده‌اند. کشورهای غربی نیز سعی در بهره‌برداری کامل از این روش‌ها را دارند، اما متأسفانه بسیاری از کشورهای در حال توسعه درحالی‌که در طب غربی از کشورهای دیگر تقلید می‌کنند، درخصوص طب سنتی هنوز در حال جمع‌آوری شواهدی مبنی بر استاندارد بودن این نوع از درمان هستند.

جدول ۸-۱ استراتژی دارویی سازمان جهانی بهداشت در خصوص طب سنتی و طب جایگزین-مکمل

ردیف	موضوع	چالش‌ها	نتایج مورد انتظار				شاخص‌ها
			عملکرد جهانی سازمان جهانی بهداشت	عملکرد منطقه‌ای و کشوری سازمان جهانی بهداشت	پیشرفت کشوری	پیشرفت کشوری	
۱	انطباق طب سنتی و طب جایگزین ^۱ -مکمل در نظام بهداشتی-درمانی ملی	- عدم وجود مقررات ثبت شده برای درمان و استفاده از محصولات طب سنتی و طب جایگزین-مکمل. - طب سنتی و ارائه‌دهندگان خدمات آن اغلب شناخته شده نیستند و مورد حمایت قرار نمی‌گیرند. - فقدان اطلاعات کافی مبتنی بر شواهد در خصوص خسریب اطمینان، کیفیت و مقرون به صرفه بودن طب سنتی و طب جایگزین-مکمل؛ شواهد مستدل برای ادغام آن در سیاست‌گذاری ملی و سیستم‌های بهداشتی-درمانی ضروری است. - ناکافی بودن منابع برای تحقیق و توسعه طب سنتی و طب جایگزین-مکمل در خصوص بیماری‌های شایع و مشکلات عمومی.	گسترش یافتن اطلاعات مبتنی بر شواهد^۲ در خصوص کیفیت، سلامت و مقرون به صرفه بودن طب سنتی و طب جایگزین-مکمل، برای تصمیم‌گیری‌های آگاهانه به منظور ادغام این روش‌ها در سیستم‌های بهداشتی-درمانی.	فرآهم آوردن راهنمایی‌های فنی برای کشورهای عضو برای ادغام طب سنتی و طب جایگزین-مکمل در نظام ملی بهداشتی-درمانی شامل حمایت از مطالعات ملی به منظور معیتر ساختن طب سنتی و طب جایگزین-مکمل و ارتقاء شناخت نقش تأمین‌کنندگان خدمات طب سنتی و طب جایگزین-مکمل.	توسعه و اجرا سیاست‌ها و قوانین ملی طب سنتی و طب جایگزین-مکمل به منظور حمایت از استفاده صحیح فنی و ادغام آن در سیستم بهداشتی-درمانی کشور مطابق با وضعیت ملی.	قانون‌گذاری و وضع آیین‌نامه در خصوص محصولات گیاهی در تعدادی از کشورهای دارای سیاست ملی جامع در خصوص طب سنتی و طب جایگزین-مکمل و تدوین فهرست داروهای ضروری ملی شامل داروهای گیاهی.	پیشرفت کشوری

جدول ۸-۱ استراتژی دارویی سازمان جهانی بهداشت در خصوص طب سنتی و طب جایگزین-مکمل

ردیف	موضوع	چالش‌ها	نتایج مورد انتظار			شاخص‌ها
			عملکرد جهانی سازمان جهانی بهداشت	عملکرد منطقه‌ای و کشوری سازمان جهانی بهداشت	پیشرفت کشوری	پیشرفت کشوری
	ارتقای فُسریب اطمینان، اثربخشی و کیفیت طب سنتی و طب جایگزین-مکمل	- بیش از دو سوم کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی^۱ فاقد قانونی در مورد داروهای گیاهی هستند. بنابراین ضریب اطمینان، اثربخشی و کیفیت داروهای گیاهی در اکثر کشورها تضمین شده نیست. - فقدان کنترل ایمنی^۲ ملی در خصوص روند شناسایی داروهای گیاهی در اکثر کشورها. - رشد تجارت ملی و بین‌المللی محصولات و روش‌های درمانی طب سنتی و طب جایگزین-مکمل خصوصاً داروهای گیاهی، بدون دستورالعمل‌های بین‌المللی و عدم وجود استاندارد در کنترل کیفیت و ایمنی. - فقدان روش تحقیق نظام‌مند در داروهای سنتی.	وجود دستورالعمل‌ها و استانداردهای جدید جهانی در مورد قوانین، کنترل ایمنی و تضمین کیفیت و کنترل داروهای گیاهی و دیگر محصولات طب سنتی و طب جایگزین-مکمل و درمان‌های توسعه‌یافته.	قراهم آوردن راهنمایی‌های فنی برای کشورهای عضو به منظور تقویت ظرفیت ملی برای تدوین قوانین کنترل ایمنی و کنترل بر کیفیت داروهای گیاهی و دیگر محصولات و روش‌های طب سنتی و طب جایگزین-مکمل.	توسعه و تقویت سیاست‌ها و قوانین ملی، کنترل ایمنی و اقدامات کنترل کیفی برای داروهای گیاهی و تولید و روش‌های بهینه آزمایشگاهی^۳ فارماکوپه، مونوگراف‌های ملی و غیره) و دیگر محصولات طب سنتی و طب جایگزین-مکمل بر طبق وضعیت جهانی در تعدادی از کشورهایی دارای سیستم کنترل ایمنی داروهای گیاهی.	وجود استاندارد کیفیت ملی برای داروهای گیاهی (از جمله روش‌های بهینه تولید و روش‌های بهینه آزمایشگاهی ^۳ فارماکوپه، مونوگراف‌های ملی و غیره) و دیگر محصولات طب سنتی و طب جایگزین-مکمل بر طبق وضعیت جهانی در تعدادی از کشورهایی دارای سیستم کنترل ایمنی داروهای گیاهی.

جدول ۸-۱ استراتژی دارویی سازمان جهانی بهداشت در خصوص طب سنتی و طب جایگزین-مکمل

ردیف	موضوع	چالش‌ها	عملکرد جهانی سازمان جهانی بهداشت	عملکرد منطقه‌ای و کشوری سازمان جهانی بهداشت	پیشرفت کشوری	شاخص‌ها
	استفاده صحیح از خدمات طب سنتی و طب جایگزین-مکمل توسط تأمین‌کنندگان و مصرف‌کنندگان	- با توجه به اینکه کارآزمایی‌های بالینی در معالجات سنتی اثبات نشده، استفاده منطقی از طب سنتی و طب جایگزین-مکمل باید با استناد به مرجع معتبر صورت گیرد. - عدم وجود دستورالعمل‌های آموزشی استاندارد برای درمان‌های طب سنتی و طب جایگزین-مکمل و همچنین عدم وجود شبکه‌های ارتباطی تأمین‌کنندگان داروهای سنتی. - محدودیت آموزش و احراز صلاحیت تأمین‌کنندگان خدمات طب سنتی و طب جایگزین-مکمل. - فقدان اطلاعات قابل اطمینان و آموزش مناسب مصرف‌کنندگان در زمینه استفاده صحیح از طب سنتی و طب جایگزین-مکمل.	افزایش استفاده درمسانی صحیح و منطقی از طب سنتی و طب جایگزین-مکمل از طریق آموزش، کارورزی و احراز صلاحیت، توسعه تأمین‌کنندگان و مصرف‌کنندگان خدمات طب سنتی و طب جایگزین-مکمل.	فرارام آوردن راهنمایی‌های فنی برای کشورهای عضو به منظور ارتقاء استفاده منطقی از طب سنتی و طب جایگزین-مکمل توسط تأمین‌کنندگان و مصرف‌کنندگان خدمات طب سنتی و طب جایگزین-مکمل.	فرارام آوردن آموزش‌های عمومی، احراز صلاحیت و اعطای مجوز برای طب سنتی و طب جایگزین-مکمل.	- احراز صلاحیت و اعطای مجوز در تعدادی از کشورهای دارای طرح ثبت ملی-برای تأمین‌کنندگان خدمات طب سنتی و طب جایگزین-مکمل. - فراهم نمودن زمینه اطلاع‌رسانی برای مصرف‌کنندگان در استفاده مناسب از طب سنتی و طب جایگزین-مکمل. استفاده مناسب از طب سنتی و طب جایگزین-مکمل در تعدادی از کشورها

۲

جدول ۸-۱ استراتژی دارویی سازمان جهانی بهداشت در خصوص طب سنتی و طب جایگزین-مکمل

رديف	موضوع	چالش‌ها	نتایج مورد انتظار			شاخص‌ها
			عملکرد جهانی سازمان جهانی بهداشت	عملکرد منطقه‌ای و کشوری سازمان جهانی بهداشت	پیشرفت کشوری	
۴	افزایش دسترسی و کاهش هزینه در درمان‌های طب سنتی و طب جایگزین-مکمل	- اقدامی در جهت حفظ و نگهداری و تضمین دوام دانش و منابع طبیعی صورت نگرفته است. - فقدان اطلاعات درخصوص مقرون به صرفه بودن طب سنتی و طب جایگزین-مکمل (اگرچه در برخی از زمینه‌ها گران بوده و در اکثر موارد توسط طرح‌های بیمه‌های درمانی پوشش داده نمی‌شود).	حفظ و نگهداری دانش طب سنتی و منابع طبیعی به‌منظور تداوم آن‌ها فرارام آوردن راهنمایی‌های فنی برای کشورهای عضو، برای ارتقاء ثبت و حفظ دانش بومی طب سنتی و اجزای دستورالعمل‌های فنی جهانی به‌منظور تداوم استفاده از گیاهان دارویی.	انجام اقداماتی درخصوص حفظ و نگهداری دانش بومی و منابع دارویی طبیعی برای توسعه پایدار طب سنتی شامل حفظ حقوق مالکیت معنوی مطابق با وضعیت ملی برای ارائه‌دهندگان خدمات طب سنتی و طب جایگزین-مکمل. وجود تعدادی سازمان‌های ملی تأمین کنندگان خدمات برای ارائه خدمات طب سنتی و طب جایگزین-مکمل.	- وجود فهرست گیاهان دارویی در تعدادی از کشورها - وجود حقوق مالکیت معنوی در حفظ دانش طب سنتی در برخی از کشورها	پیشرفت کشوری

1. Traditional Medicine (TM)
2. Complementary/ Alternative Medicine (CAM)
3. WHO
4. Safety Monitoring
5. Evidence-based
6. Good Laboratory Practice (GLP)
7. Good Manufacturing Practice (GMP)

فصل نهم

تأمين منابع مالی و
تجميع ريسک

یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌ها در کارآمدی نظام سلامت در هر کشور، چگونگی تأمین منابع برای سرمایه‌گذاری در بخش سلامت است. صاحب‌نظران اقتصاد سلامت معتقدند که استفاده از سازوکارهای تأمین مالی تجمیعی^۱، یکی از روش‌های کارآمد در این عرصه می‌باشد. در گذشته زمانی که مردم بیمار می‌شدند، مستقیماً به درمانگران مراجعه می‌کردند، و سیاست عمومی در بخش سلامت، حفاظت از بیماران در مقابل افراد سودجو از طریق تقویت اخلاقیات و «سوگندنامه بقراط» بود. هم‌زمان با انقلاب صنعتی و علمی شدن نگرش به موضوع سلامت، درک مفاهیم مربوط به علت، پیشگیری و درمان بیماری‌ها توسعه یافت. دامنه سلامت دیگر در انحصار درمانگران سنتی نبود، بلکه سایر بازیگران مانند سیاست‌گذاران، نهادهای تخصصی (تأمین منابع)، تدوین‌کنندگان مقررات و ارائه‌کنندگان خدمات (اعم از مراکز درمانی، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز تشخیصی) و بسیاری از فراهم‌کنندگان ویژه مانند پزشکان، پرستاران، داروسازان و پیراپزشکان^۲ وارد این عرصه شدند. امروزه موضوع تأمین مالی سلامت^۳ به چندین بخش و فعالیت با اهداف، اولویت‌ها و محدودیت‌های خاص خود تقسیم شده است. این مجموعه، بخش تأمین مالی تجمیعی^۴ نام گرفته و فعالیت آن شامل جمع‌آوری منابع^۵ و تجمیع منابع^۶ است که در سیستم ارائه خدمات^۷ مورد استفاده قرار می‌گیرد. بخش جمع‌آوری منابع، روندی شفاف داشته و از

-
1. Collective Financing
 2. Allied Health Workers
 3. Health Care Financing
 4. Collective Financing
 5. Collection of Revenues
 6. Pooling of Funds
 7. Service Delivery System

طریق شیوه‌های متفاوت عمومی و خصوصی (شامل: مالیات، عوارض، هدایا، وام، بیمه، ...) فراهم می‌شود. بخش تجميع منابع^۱ و مشارکت در مخاطره‌پذیری (ریسک)^۲ موجب می‌شود هزینه بیماری‌ها بین فقیر و غنی، سالم و بیمار، جوان و پیر و شاغل و بیکار تقسیم شود.

۹-۱ رهیافت‌های تجميع ریسک

به‌دلیل نبود قطعیت در بازار بهداشت و درمان، پرداختن به مقوله مخاطره‌پذیری و چگونگی تجميع آن اهمیت دارد. مطالعات موجود، چهار نوع رهیافت را برای تجميع ریسک برمی‌شمارد که عبارت است از:

۹-۱-۱ عدم تجميع ریسک^۳

در این شکل، هر فردی مسئول تأمین هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های سلامتی خود بوده و هیچ‌گونه یارانه‌ای برای حمایت از اقشار آسیب‌پذیر تخصیص نمی‌یابد. در این شرایط، یکی از راه‌های از بین بردن سیاست عدم قطعیت در قبال هزینه، استفاده از بیمه‌های خصوصی است که در آن بیمه‌گران حق بیمه فردی را براساس ارزیابی تجربی^۴ از بیمه‌شدگان دریافت می‌کنند. در این سازوکار، اگر کسی از پوشش بیمه‌ای استفاده کند، حق بیمه وی به‌طور سالانه افزایش می‌یابد. در این صورت، مقوله انتخاب معکوس^۵ پیش می‌آید که در آن، افراد پرمخاطره، مشتری خرید بیمه‌نامه بوده و افراد سالم انگیزه برای خرید آن نخواهند داشت. بیمه‌گران نیز با فرصت‌طلبی^۶ مجموعه‌ای از ریسک‌های خوب را تجميع کرده و میزان جبران خسارت را کاهش خواهند داد. در چنین وضعیتی، افراد هزینه‌های مالی سلامت را خود تأمین کرده و بسیاری از فاکتورهای سلامت و بهداشت

-
1. Revenue Collection
 2. Risk Sharing
 3. No Risk Pooling
 4. Adverse Selection
 5. Cream Skimming
 6. Externalities

عمومی و مواردی که جامعه از آن نفع می‌برد،^۱ در کانون توجه قرار نخواهد گرفت.

۹-۱-۲ تجميع ريسک واحد^۲

در این وضعیت، تمام منابع به یک صندوق مرکزی واریز شده و بسته انتخابی سلامت را پوشش می‌دهد. البته تجميع ريسک در این شکل، اجباری بوده و هیچ‌کس نمی‌تواند از پوشش آن خارج شود. این روش یکی از راه‌های برخورد با ناکارآمدی و نابرابری و نیز مقابله با روش انتخاب معکوس، فرصت‌طلبی و هزینه‌های ارتباطی^۳ است. از معایب این سیستم، می‌توان به بالا بودن هزینه‌های مدیریتی، انگیزه بالا برای ایجاد تقاضای القایی^۴ (ناشی از فراهم‌کننده) و احتمال بروز مخاطره اخلاقی از سوی شرکت‌های بیمه اشاره کرد. دو عامل موجب ناکارآمدی این سازوکار می‌شود. اول اینکه در بازار بیمه سلامت، رقابت وجود ندارد. دوم اینکه حق انتخاب را برای افرادی که تمایل به استفاده از خدمات بیشتر در حوزه سلامت دارند، از بین می‌برد.

۹-۱-۳ تجميع ريسک پراکنده^۵

اگرچه از نگاه تئوریک، مشارکت ملی کامل در ريسک، زمینه بروز تفاوت در مصارف قابل پیش‌بینی برای گروه‌های مختلف را از بین می‌برد، ولی مدیریت جریان اطلاعات و ایجاد هماهنگی، گاه مشکل‌ساز است. به همین دلیل، در برخی کشورها خرید خدمات سلامت به وسیله سازمان‌های کوچک‌تری انجام می‌شود که در آن، افراد براساس موقعیت جغرافیایی، نوع اشتغال، ویژگی‌های فردی، وضعیت سلامتی یا به انتخاب خود، وارد هر کدام از واحدهای تجميع ريسک می‌شوند. در این صورت، اگر تعداد زیادی از افراد سالمند و بیمار در یک گروه جمع شوند، باید هزینه سرانه بالاتری را بپردازند. تفاوت در میزان هزینه و سرانه حق بیمه منجر به ناکارآمدی و اضمحلال سیستم می‌شود.

1. Exter, Alities

2. Unitary Risk Pool

3. Transaction

4. Induced Demand

5. Fragmented Risk Pool

۹-۱-۴ جمع ریسک ادغام یافته^۱

توجه به عدالت و برابری، موجب گرایش به پیوستگی ریسک می شود. در چنین شرایطی، باید بسته استانداردی از مراقبت ها به کلیه شهروندان ارائه شود. اولین گام برای ایجاد پیوستگی، یکسان کردن مبنا و میزان پرداخت سرانه بیمه برای اعمال تعدیلاتی برای ریسک است. هرچه به سمت پیوستگی بیشتر حرکت کنیم، عدم قطعیت در مصارف سلامت کاهش می یابد که از آن به هرم پیوستگی^۲ یاد می شود.

شایان ذکر است که عضویت در هر کدام از نظام های مذکور در هرم پیوستگی می تواند اختیاری یا اجباری باشد و در صورت اختیاری بودن، باید «حریم ایمنی»^۳ برای هزینه های غیرقابل تحمل سلامت طراحی و اجرا شود.

۹-۲ کالای سلامتی

در دو دهه گذشته، روند فزاینده هزینه ها و استفاده بیش از حد از خدمات گران قیمت، مشکلات جدی را متوجه نظام های سلامت کرده و خدمات سلامت عمومی نیز با مشکل عدم تأمین (کافی) منابع و استفاده پایین تر از حد استاندارد شده است. سیاست گذاران اعتقاد دارند که روند یادشده هم در کشورهای در حال توسعه و هم در کشورهای صنعتی اتفاق افتاده است. اما سؤال اساسی این است که چه نهادی مسئول تأمین منابع خدمات و مراقبت های عمومی و خصوصی سلامت است و چه کسی باید هزینه های آن را پرداخت نماید؟ اینجاست که اهمیت بحث در خصوص کالاهای عمومی، شبه عمومی و خصوصی در سلامت روشن می شود که در ذیل به آن ها اشاره می کنیم:

۹-۲-۱ کالاهای عمومی^۴

این نوع کالا در مفهوم عام آن، متشکل از فعالیت های اقتصادی و محصولات غیررقابتی^۵

1. Integrated Risk Pool
2. Integration Pyramid
3. Safety Net
4. Public Goods
5. Non Rivalry

و غيرانحصاری^۱ بوده و منافع آن علاوه بر خود فرد، ديگران را نيز دربرمی گيرد. ميزان عرضه آن در بازار کم بوده و نيازمند تأمین از منابع عمومی است. اگر اين کالا محلی و منطقه ای باشد (مانند پليس و آتش نشانی) دولت محلی، و اگر ملی باشد (مانند دفاع عمومی) توسط دولت ملی فدرال تأمین می شود. در خصوص بخش سلامت نيز شامل مواردی (کالاهایی) چون: آب آشاميدنی سالم، ایمنی راه ها، کنترل ناقلان بیماری، کنترل آلاینده های هوا و محیط زیست و ... می شود.

۹-۲-۲ کالاهای عمومی جهانی^۲

نوعی از کالاهای عمومی است که به دليل فرامرزی بودن، کمتر به وسیله دولت های ملی و محلی تأمین منابع شده و ارائه می شود. سرمایه گذاری در تولید و توزیع کالاهای عمومی جهانی فراتر از انگیزه ها و امکانات دولت ها بوده و جزء برنامه های فراملی محسوب می شود. یکی از اين کالاهای، تولید دانش جديد است که از طريق سرمایه گذاری در طرح های تحقیق و توسعه^۳ حاصل می شود. دانش، پدیده ای غیررقابتي است، به گونه ای که استفاده از آن، باعث کاهش میزانش برای استفاده سايرين نمی شود. اين گونه خدمات (کالاهای) شامل مواردی چون: پوشش همگانی خدمات سلامت عمومی می شود که از طريق توسعه و ترویج سیاست ها در خصوص حفظ بهداشت عمومی، مبارزه با آلودگی محیط زیست، جلوگیری از آلودگی هوا، برنامه های آموزش بهداشت، برنامه های ریشه کنی بیماری های مسری و پیشگیری از بیماری های عفونی تحقق می یابد.

براساس طبقه بندی اقتصادی، خدمات سلامت عمومی^۴ شامل کلیه خدمات جامعه نگر، و خدمات همگانی سلامت عمومی جزء کالاهای عمومی تلقی می شود که همگان حق برخورداری از آن را — صرف نظر از نوع پرداخت — دارند. اصطلاح «استفاده رایگان»^۵ که در خصوص این خدمات به کار برده می شود، از نظر اجتماعی هم پذیرفته شده است، و

1. Non Exclusive

2. Global Public Goods (GPG)

3. Research and Development (R&D)

4. Public Health Services

5. Free Rider

از آنجاکه افراد تمایلی به پرداخت هزینه برای استفاده از این خدمات ندارند، به ناچار دولت‌ها نقش اساسی را در تأمین و ارائه این‌گونه خدمات ایفا می‌نمایند.

۳-۲-۹ کالاهای شبه‌عمومی^۱

در خصوص کالاهای شبه‌عمومی، از بعد تئوری، اختلاف نظر وجود دارد. بعضی معتقدند خدماتی مانند ایمن‌سازی و پیشگیری از بیماری‌های مسری در زمره این کالاهای خدمات بوده و باید دولت و مصرف‌کنندگان (به‌صورت توأمان)، منابع آن را تأمین کنند. اگر چه در خصوص نسبت مشارکت آن‌ها، ترتیب مشخصی وجود ندارد. تأمین منابع برای این‌گونه خدمات بستگی به وضعیت اقتصادی و سطح توسعه آن، نوع سازوکار مراقبت‌های سلامت و هزینه ارائه خدمات دارد. به‌طور مثال، در بیشتر کشورها، خدمات کم‌هزینه‌ای مانند واکسیناسیون توسط دولت تأمین منابع و اجرا می‌شود. در خصوص خدمات هزینه‌بر متوسط^۲ مانند درمان بیماری‌ها، سل و مالاریا، اگر هزینه پیشگیری و درمان بیماری کم باشد، توسط دولت تأمین می‌شود، ولی اگر هزینه آن زیاد باشد، به تنهایی از طریق منابع دولتی قابل تأمین نبوده و مشارکت سایر بخش‌ها را طلب می‌کند. در کشورهایی که نیاز به این‌گونه خدمات بالا بوده و محدودیت منابع برای تأمین هزینه آن‌ها وجود داشته باشد، از رویکرد انتخابی دریافت هدایا^۳ استفاده می‌شود. در خصوص خدمات گران‌قیمت مانند درمان بیماری ایدز، تنها برخی کشورهای پیشرفته توانایی تأمین منابع آن را دارند. در کشورهای فقیر آفریقایی که درصد بیماری در آن‌ها بالاست، دولت قادر به تأمین منابع برای درمان این‌گونه بیماری‌ها نبوده و نیاز به اولویت‌بندی خدمات احساس می‌شود، مگر اینکه منابع توسط نهادهای بین‌المللی تأمین گردد.

ممکن است برخی افراد تمایل به پرداخت هزینه کالاهای شبه‌عمومی را داشته باشند، اگرچه در این صورت با توجه به پدیده برونزایی^۴ مثبت، جامعه سود بیشتری را خواهد برد تا خود فرد. بنابراین، سطح رفاه جامعه با تمایل پرداخت هزینه خدمات

1. Quasi Public Goods

2. Medium Cost

3. Donor Support

4. Externality

توسط افراد افزايش نمي‌يابد و دولت‌ها براي به حداکثر رساندن برونزايي مثبت، لازم است نقش بهتري را در تأمین منابع خدمات يادشده ايفا کنند. علاوه بر آن، دولت‌ها بايد در تأمین منابع برخي از کالاهای خصوصي^۱ مانند غربالگری سرطان که در سلامت عمومي داراي اهميت تلقی می‌شود، ايفای نقش نمایند.

۹-۲-۴ کالاهای خصوصي

کالاهایی که رقابتي^۲ و قابل حذف^۳ بوده و منافع آن مستقيماً به خود فرد می‌رسد و ديگران از آن نفعی نمی‌برند و برونزايي در آن صفر يا حداقل است، مراقبت‌های اوليه و بعدي (درخصوص بیماری‌های غير عفوني)، غربالگری سرطان، مراقبت‌های قبل از زایمان و مشاوره‌های پیشگیرانه اگرچه به‌طور سنتي کالاهای خصوصي تلقی می‌شوند، ولی با توجه به عدم آگاهی افراد از آن‌ها يا عدم اطمینان از مزایای حاصله و تمایل کم مردم به بهره‌مندی از این کالاهای دولت‌ها را وادار به سرمایه‌گذاری درخصوص آن‌ها می‌کند. در این‌گونه خدمات هزینه‌بر اما اثربخش و مطلوب جامعه (که کمتر هم مورد استفاده قرار می‌گیرد)، سياست‌گذاران تلاش می‌کنند خدماتی مانند تغذيه سالم که در حفظ جان افراد اثر مثبت دارد و کليه خدمات پیشگیرانه‌ای را که اثر برونزايي مثبت در جامعه داشته و افراد، جامعه و بیمه‌گران از آن نفع می‌برند، توسط دولت يا نهاد ثالث، تأمین شده و از پرداخت مستقیم افراد برای دریافت این خدمات جلوگیری شود.

از منظر تئوريک (سنتي)، بیمه ضررهای اقتصادی ناشی از حوادث غيرقابل پیش‌بینی را پوشش می‌دهد. امروزه اگر خدمات پیشگیرانه و خدمات بهداشت عمومي در پوشش بیمه قرار نمی‌گیرد، اما چون از هزینه‌های بالای درمان جلوگیری کرده و هزینه اثربخشی بالایی دارد، بیمه‌گران را وادار به پوشش مالی این خدمات نموده است. با توجه به موارد يادشده، ضروري است دولت‌ها برای ارائه خدمات، اولويت‌بندی مشخصی را درخصوص هزینه اثربخشی آن‌ها (هم در نسبت با یکدیگر و هم در مقایسه با

1. Private Goods

2. Rivalry

3. Excludable

خدمات درمانی مختلف) در اختیار داشته باشند. از این منظر، با توجه به قوانین موجود و سازوکارهای فعلی خدمات سلامت، سه سطح از خدمات در کشورمان ارائه می‌شود.

۱. **خدمات عمومی و پایه:** که شامل خدمات بهداشتی، پیشگیری و خدمات اولیه سلامت بوده و از محل منابع عمومی (مالیات، یارانه و ...) تأمین می‌شود و به‌صورت رایگان در اختیار آحاد جامعه قرار می‌گیرد.

۲. **خدمات اساسی:** که شامل خدمات پایه درمانی بوده و از محل مشارکت‌های بیمه‌ای مانند مشارکت‌های دستمزدی در سازمان تأمین اجتماعی و سرانه حق بیمه درمان در سایر سازمان‌های بیمه‌گر تأمین می‌گردد.

۳. **خدمات مکمل:** شامل بیمه‌های مکمل درمانی که منابع آن از طریق مشارکت کارمندان و کارفرمایان و حمایت‌های قانونی دولت تأمین می‌شود.

در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، تقسیم‌بندی انجام شده درخصوص سه خدمت مذکور به‌درستی صورت گرفته و در آن تأکید شده است که دولت هیچ وظیفه‌ای در قبال خدمات مکمل — که کالایی خصوصی تلقی می‌شود — ندارد.

۳-۹ نحوه تأمین منابع در کشورهای مختلف

۱-۳-۹ تقسیم‌بندی الگویی

در جهان امروز چهار الگوی پایه برای تأمین منابع بخش سلامت (از حیث ترتیبات مالی و سازمان و مالکیت فراهم‌کنندگان) وجود دارد که عبارت است از:

۱. **مدل انگلیسی (بی‌وریژ):** منابع خدمات از مالیات‌های عمومی تأمین شده و از طریق دولت به شبکه پیوسته فراهم‌کنندگان عمومی تخصیص داده می‌شود.

۲. **مدل آلمانی (بیسمارک):** مالیات‌های دستمزد از طریق صندوق‌های بیمه سلامت خودگردان برای خرید خدمات از بخش عمومی و خصوصی تخصیص داده می‌شود.

۳. **مدل آمریکایی (بازار آزاد):** سازوکار متشکل از بیمه‌های خصوصی که در آن حق بیمه‌های دریافتی، براساس قراردادهای بیمه سلامت برای خرید خدمات از بخش خصوصی تخصیص داده می‌شود.

۴. **مدل مستقیم (قرن نوزدهم):** هزینه خدمات به‌طور مستقیم توسط دریافت‌کنندگان خدمت

به ارائه‌کنندگان آن پرداخت می‌شود.

در تقسیم‌بندی دیگر، روابط مالی در بخش سلامت به سه گونه تک‌قطبی^۱، چندقطبی^۲ و رقابتی^۳ سازمان‌دهی می‌شود. در تک‌قطبی، رابط مالی معمولاً یک نهاد عمومی مانند دولت یا مؤسسه بزرگ سلامتی است. در سازوکار چندقطبی، تعداد کمی از رابطان بزرگ مالی وجود دارند که در آن کنترل منابع توسط نهادهای عمومی و خصوصی (مانند شرکت‌های بیمه‌ای یا ترکیبی از آن‌ها) صورت می‌گیرد. در شکل رقابتی هم تعداد زیادی از رابطان کوچک خصوصی (مانند سازمان‌های حفظ سلامت)^۴ وجود دارند که بسته‌های مشخصی از مراقبت‌های اولیه و بعدی را در ازای دریافت مبلغ مشخص (و سرانه به صورت پیش‌پرداخت) فراهم می‌کنند. تأمین و ارائه خدمات، ضرورتاً با سازمان‌دهی مالی آن‌ها هماهنگی ندارد، به طور مثال در بسیاری از کشورهای اروپایی، خدمات بیمارستانی به صورت عمودی (ادغام‌یافته) ارائه می‌شود و سازوکار مالی و ارائه خدمات آن در یک سازمان متمرکز شده است.

۹-۳-۲ تقسیم‌بندی منطقه‌ای

برای تأمین منابع بخش سلامت در کشورهای مختلف، ترکیبی از روش‌های فوق اجرا می‌شود که با توجه به شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و ... در هر کشور با کشور دیگر متفاوت است.

۱. اروپای غربی: دو روش برای تأمین منابع وجود دارد؛ یکی به طور مستقیم از طریق منابع مالیاتی، و دیگری، با مشارکت بیمه اجتماعی.

۲. اروپای شرقی: قبل از سال ۱۹۸۹ میلادی، از طریق منابع عمومی دولت تأمین می‌شد. بعد از فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی (سابق) هم با توجه به ایجاد فضای باز سیاسی و اقتصادی، مشکلات زیادی مانند شکل‌گیری انگیزه‌های انحرافی، کمبود وسائل و تجهیزات پزشکی، انجام خدمات موازی کلینیکی و مراقبت‌های اولیه بیمارستانی و ...

1. Monopolistic
2. Oligopolistic
3. Competitive
4. Health Maintenance Organizations (HMO)

در این راه پدید آمده است.

۳. **آمریکای شمالی:** در کانادا مبتنی بر بیمه عمومی است و در طول سال‌های گذشته از ثبات کافی برخوردار بوده است، در آمریکا، خدمات بخش سلامت از پوشش فراگیر جمعیتی برخوردار نبوده و از طریق دو بخش عمده تأمین می‌شود: یکی تأمین خدمات درمانی نیازمندان^۱ (از محل منابع مالیاتی دولت فدرال) و دیگری تأمین خدمات درمانی^۲ افراد بالای ۶۵ سال، بیماران دیالیزی و ازکارافتادگان دائمی (از محل مالیات‌های دستمزد، حق بیمه پرداختی توسط سالمندان و منابع عمومی). بخش خصوصی از طریق بیمه سلامت خصوصی توسط مؤسساتی چون سازمان حفاظت سلامت و سازمان تأمین خدمات ترجیهی^۳ تحت پوشش خدمات این بخش قرار می‌گیرد. حق‌الزحمه پزشکان هم عمدتاً به‌صورت دستمزد در ازای خدمت پرداخت می‌شود. در این کشور، یک‌ششم جمعیت یا بیمه نیستند و یا از پوشش کافی بیمه بهره نمی‌برند.

۴. **آمریکای لاتین:** بیمه اجتماعی، سازوکار غالب محسوب می‌شود. در آرژانتین ۸۰ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه قرار دارند، اما در هندوراس، کمتر از ۷ درصد مردم بیمه‌اند، اگرچه این روند رو به گسترش است. در کشورهای آمریکای لاتین سازوکار دوگانه و دوطبقه وجود دارد، به‌گونه‌ای که اقشار ثروتمند جامعه (از طریق بیمه سلامت خصوصی)، دسترسی بهتری به تسهیلات و خدمات سلامت و درمان دارند.

۵. **اقیانوسیه:** در نیوزیلند، سازوکار خدمات سلامت ملی وجود دارد که از ثبات کافی برخوردار است. در استرالیا هم از سال ۱۹۸۴ میلادی سازوکار تأمین خدمات درمانی فعال شده که روشی فراگیر محسوب می‌شود.

۶. **کشورهای در حال توسعه:**^۴ در این کشورها افزایش نرخ‌های مالیاتی به دو دلیل با مشکل مواجه است: اولاً، به‌علت فقیر بودن جمعیت تمایلی به افزایش مالیات‌ها وجود ندارد. ثانیاً، جمع‌آوری مالیات‌های موجود هم با مشکل روبه‌رو است. بنابراین، منابع اصلی

1. Medicaid

2. Medicare

3. Preferred Provider Organization (PPO)

4. Less Developed Countries (LDC)

برای تأمین خدمات بخش سلامت در این کشورها منابع دولت مرکزی بوده و طرح‌های بیمه‌ای اغلب توسط دولت‌ها اجرا می‌شود. تأمین منابع از طریق جامعه^۱ نیز در برخی از این کشورها دیده می‌شود که روشی سازمان‌یافته‌تر است. یکی از انواع تأمین منابع با این روش، «طرح کارت سلامت» در تایلند می‌باشد که در ازای دریافت خدمات رایگان توسط مشتریان (برای تعداد مراجعه ثابت در طول سال)، به آن‌ها فروخته می‌شود. دارندگان این کارت می‌توانند از همین طریق برای تأمین آب سالم و تغذیه مناسب، وام دریافت کنند.

۹-۴ روش‌های جمع‌آوری و تجميع منابع

در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، نقش دولت در مدیریت و هدایت بخش سلامت از طریق روش تجميع ريسك مؤثر و به‌عنوان محور مدیریت و هدایت مناسب، توسعه‌یافته و استراتژیک تعریف شده است. برای تحت پوشش گرفتن فقرا و برخورد با سازوکارهای ضعیف انتقال ثروت، نیاز به توسعه روش «تجميع ريسك»^۲ وجود دارد، و این امر از طریق نظام اجباری و پوشش همگانی امکان‌پذیر است. در این روش، مشارکت‌های درآمدمحور یا جامعه‌محور، اصلی اساسی بوده و هدف آن باید تمرکز بر موارد زیر باشد:

۱. برابری در نحوه و میزان پرداخت،

۲. برابری در میزان دسترسی،

۳. تابع بالقوه درآمدی،

۴. سهولت در تجميع منابع (مالیات‌ها، حق بیمه یا مشارکت در هزینه‌ها)،

۵. کارآمدی سیستم مدیریتی،

۶. وجود ساختار سازمانی (مانند دولت‌های محلی)،

۷. وجود بانک‌های اطلاعاتی،

۸. سازمان‌دهی و اداره فراهم‌کنندگان،

۹. ساختار تکنولوژی پزشکی (موجود)،

1. Community Financing

2. Risk Pool

۱۰. اولویت‌های بخش سلامت،

۱۱. وسعت جغرافیایی کشور.

بر این اساس، برای حفاظت مردم در مقابل مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها و دریافت مراقبت‌های مناسب طبی و پیشگیرانه، سازوکارهای جمع‌آوری و تجمیع منابع^۱ توزیع ریسک و خرید خدمات سلامت در قالب بیمه سلامت طراحی شده است. چگونگی استقرار سیستم بیمه سلامتی، موضوعی است که به‌شدت مقولاتی مانند برابری، کارایی و سازمان‌دهی سیستم ارائه خدمات سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سازوکارهای بیمه سلامت (براساس تعداد صندوق‌های بیمه‌ای)^۲ در دو گروه بزرگ طبقه‌بندی می‌شوند:

۹-۴-۱ سازوکارهای پرداخت‌کننده واحد^۳

در این سازوکار، یک سازمان واحد (معمولاً دولت) منابع را جمع‌آوری^۴ و تجمیع می‌کند و خدمات را به آحاد جمعیت ارائه می‌دهد. به این ترتیب، کلیه شهروندان توسط یک صندوق تجمیع ریسک واحد تحت پوشش قرار می‌گیرند و این سازوکار می‌تواند قدرت انحصاری^۵ در خرید خدمات را اعمال نماید.

۹-۴-۲ سازوکارهای پرداخت‌کننده متعدد^۶

در این سازوکار، سازمان‌های مختلف هر چهار فعالیت جمع‌آوری، تجمیع، توزیع ریسک و خرید خدمات برای بخش‌های مختلف را انجام می‌دهند. جمعیت‌های مختلف، ریسک‌های سلامت مختلف داشته و مصرف‌کنندگان از حق انتخاب بیمه‌گر برخوردارند. روش‌های پرداخت‌کننده واحد در چهار مدل طبقه‌بندی می‌شوند: منطقه‌ای خصوصی، منطقه‌ای عمومی، مرکزی خصوصی، مرکزی عمومی. تفاوت این چهار مدل با یکدیگر در میزان تمرکز در تأمین منابع، روش اجرا (منطقه‌ای یا مرکزی) و مالکیت (عمدتاً عمومی یا عمدتاً

-
1. Pooling Revenues
 2. Insurance Pool
 3. Single Payer Systems
 4. Collect Pool
 5. Monopsony Power
 6. Multiple Payer Systems

خصوصی) درخصوص فراهم‌سازی مراقبت‌های سلامتی است، چگونگی تولید منابع،^۱ تعیین مزایا و ضوابط مربوطه، به‌شدت تحت تأثیر محل تأمین منابع و نحوه اجرا قرار داشته و موضوع مالکیت نیز بر رابطه خرید خدمات میان بیمه‌گر و فراهم‌کننده اثر می‌گذارد.

تفاوت‌های موجود بین سازوکارهای پرداخت‌کننده واحد و متعدد از چهار جنبه قابل بررسی و مقایسه است:

۱. جمع‌آوری منابع:^۲ فرایند جمع‌آوری منابع از طریق مالیات، حق بیمه، پرداخت‌های مستقیم یا سایر روش‌ها.

۲. تجميع ريسك: چگونگی تجميع منابع بیمه‌ای برای گروه‌های مختلف افراد در جهت حفاظت از آنان در برابر هزینه کامل مراقبت‌های سلامت به‌هنگام بروز حادثه یا بیماری.

۳. خرید: سازوکاری که از طریق آن بیمه‌گران، خدمات سلامت را برای افراد تحت پوشش خود تأمین می‌کنند.

۴. همبستگی اجتماعی:^۳ احساس وحدت، وابستگی و جامعه‌پذیری اعضای جامعه. علاوه بر چهار محور یادشده، تفاوت‌هایی نیز در چگونگی تأمین سلامت عمومی، انگیزه برای ایجاد ابتکار و هزینه‌های اجرایی وجود دارد.

جدول ۹-۱ ویژگی سازوکارهای پرداخت‌کننده واحد و متعدد

ردیف	پرداخت‌کننده واحد	پرداخت‌کننده متعدد
۱	منابع - برتری در ایجاد یارانه - کارایی در تجميع منابع به‌دلیل پایین بودن هزینه جمع‌آوری - امکان کنترل جدی هزینه‌ها به لحاظ جلوگیری از موازی‌کاری و صرفه‌جویی	منابع - مؤثر بودن در جمع‌آوری سایر منابع در صورت محدودیت توانایی دولت در جمع‌آوری مالیات - بالاتر بودن حساسیت به ترجیحات افراد

1. Resource Generation

2. Revenue Collection

3. Social Solidarity

جدول ۹-۱ ویژگی سازوکارهای پرداخت‌کننده واحد و متعدد

ردیف	پرداخت‌کننده واحد	پرداخت‌کننده متعدد
۲	تجمع ریسک - عدم نیاز به جمع‌آوری اطلاعات افراد یا گروه‌ها در جهت تنظیم حق بیمه و پوشش آن - عدم نیاز به تعدیل ریسک	تجمع ریسک - تنوع در محصولات بیمه‌ای و خدمات مناسب برای گروه‌های پرمخاطره (به شرط دریافت حق بیمه مربوطه)
۳	خرید خدمات - قدرت انحصاری خرید و قدرت بالای تنظیم خدمات سلامت و محصولات آن - توان بالا برای استفاده از سازوکارهای تخصیصی در ارتباط با فناوری	خرید خدمات - قدرت انتخاب محصولات بیمه‌ای توسط مردم - عقد قرارداد انتخابی با فراهم‌کنندگان - پاسخ‌گویی در مقابل ترجیحات بیمه‌شدگان
۴	همبستگی اجتماعی - عادلانه‌تر بودن توزیع بار مالی میان افراد - افزایش همبستگی بین فقیر و غنی	همبستگی اجتماعی - امکان بیشتر برای ایجاد سرمایه اجتماعی و جلب مشارکت مدنی

۹-۵ ملاحظات در مورد کشورهای متوسط و کم‌درآمد

کشورهای متوسط و کم‌درآمد، با مشکلات عدیده‌ای در بخش سلامت روبه‌رو هستند. کمبود پزشک و کارکنان پزشکی، کمبود وجدان کاری^۱ (به‌علت پرداخت ناکافی و شرایط نامساعد کاری)، عدم استفاده مناسب از تسهیلات و تجهیزات و پایین بودن میزان پاسخ‌گویی نظام سلامت، بخشی از این مشکلات را تشکیل می‌دهد. در کشورمان به‌علت تربیت انبوه نیروی انسانی (اعم از پزشک و پیراپزشک)، کمبود کارکنان بهداشتی و درمانی وجود ندارد و برعکس، با نیروی مازاد در این زمینه مواجه است. در موضوع

سلامت، صرف نظر از هزینه‌های بالای آموزش که از منابع عمومی پرداخت می‌شود، نیروی انسانی مازاد با توجه به سطح توقع (بالای) جامعه از آنان و نیاز مادی فراهم‌کنندگان، امکان بروز انحراف در انگیزه‌ها و افزایش تقاضای القایی برای خدمات سلامت را فراهم می‌آورد. اهمیت تفکیک مدیریت منابع واقعی سلامت (مانند نیروی انسانی، تجهیزات، داروها و سایر منابع ورودی)، از انتقال وجه (که این منابع از جامعه دریافت می‌کنند)، بر هیچ‌کس پوشیده نیست.

در کشورهای متوسط و کم‌درآمد، ملاحظات زیادی درخصوص مواردی چون تأمین منابع، تجمیع ریسک، خرید و همبستگی اجتماعی وجود دارد که در زیر به آن‌ها اشاره می‌شود:

۱-۵-۹ تأمین منابع

مشکلات کشورهای متوسط و کم‌درآمد درخصوص تأمین منابع عبارت است از:

۱. شواهدی دال بر وجود شکاف بین وضع موجود و وضع مطلوب و نیز شهر و روستا در حوزه تخصیص منابع وجود دارد، به گونه‌ای که سرمایه‌گذاری در بخش خدمات ثانویه بیمارستانی بسیار بیشتر از برنامه‌های سلامت عمومی است.
۲. سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های فیزیکی، بدون لحاظ اصل هزینه اثربخشی صورت می‌گیرد.
۳. با توجه به سرعت فزاینده پیشرفت علوم و تکنولوژی سلامت در این کشورها، سازوکارهای سلامت در بازسازی ساختار خدمات خود از بعد انسانی، فیزیکی و فناوری‌های نوین، کند عمل می‌کنند.
۴. کمبود نیروی انسانی ماهر و آموزش دیده، به‌خصوص در بخش عمومی به چشم می‌خورد که بر شرایط کاری و کیفیت خدمات اثر می‌گذارد.
۵. در مقایسه با کشورهای پیشرفته، کشورهای متوسط و کم‌درآمد قادرند فقط نیمی از منابع (قابل افزایش) تولید ناخالص داخلی خود را به بخش عمومی سلامت اختصاص دهند. این رقم در کشورهای فقیر ۱۹ درصد و در کشورهای با درآمد متوسط ۳۰ درصد است، درحالی‌که کشورهای ثروتمند می‌توانند این منابع را تا ۴۴ درصد تولید ناخالص داخلی خود افزایش دهند.

۶. کشورهای متوسط و کم‌درآمد کمتر از کشورهای صنعتی بر درآمدهای مالیاتی وابسته بوده و سهم عمده‌ای از منابع عمومی خود را از طریق وضع مالیات بر فروش و سایر مالیات‌های غیرمستقیم تأمین می‌کنند. مالیات‌های غیرمستقیم عموماً پس‌رونده هستند؛ زیرا فقرا در مقایسه با ثروتمندان سهم بیشتری از درآمد خود را صرف خرید کالا و خدمات مورد نیاز می‌نمایند. اگرچه میزان پس‌روندگی را می‌توان با هدفمند کردن مالیات‌های غیرمستقیم و اخذ مالیات بیشتر از افراد با درآمد بالا از طریق اعمال مالیات‌های سنگین بر کالاهای لوکس هدایت کرد. بنابراین، در این‌گونه کشورها کمتر می‌توان به مالیات‌های درآمدی دل بست؛ زیرا بالا بودن تعداد جمعیت روستایی و شاغلان بخش غیررسمی (که ظرفیت اخذ مالیات را کاهش می‌دهد)، اقتصاد غیررسمی، نبود اصول شهرنشینی، عدم وجود تعادل در درآمدها، فرار وسیع مالیاتی طبقات ثروتمند و ضعف نظام مالیاتی، از جمله دلایلی است که باعث می‌شود کشورهای متوسط و کم‌درآمد نتوانند مانند کشورهای پیشرفته خود را منحصراً متکی به سیستم مالیات عمومی کرده و منابع خود را از طریق آن تأمین نمایند.

۲-۵-۹-۲-۹ جمع‌ریسک

مشکلات کشورهای متوسط و کم‌درآمد در این زمینه به‌قرار زیر است:

۱. در کشورهای پیشرفته و ثروتمند که سازوکار واحد بیمه‌ای جاری است، کلیه آحاد جامعه تحت پوشش بیمه اجباری قرار دارند. در کشورهای متوسط و کم‌درآمد که سهم عمده نیروی کار در بخش روستایی و کشاورزی متمرکز بوده و سایر کارگران در خارج از سازوکار اقتصاد رسمی فعالیت می‌کنند، امکان پوشش اجباری و فراگیر بیمه‌ای با مشکل اساسی روبه‌روست.

۲. انتخاب نامطلوب، تهدیدی درازمدت در چگونگی بقای مقوله جمع‌ریسک با نگاه بیمه خرد^۱ بوده و سازوکارهای متعدد امکانات کافی برای برخورد با آن را در کشورهای متوسط و کم‌درآمد ندارند. بنابراین ناچارند بین دو امکان موجود، یعنی ظرفیت ناکافی مالی و اجرایی برای ایجاد سازوکار واحد یا پذیرش انتخاب نامطلوب و سازوکار متعدد

تعدادل ايجاد نمايند. البته گزينه ديگر مي تواند اين باشد كه سازوكار متعدد را با نگاه ايجاد سازوكار واحدی كه قادر است در آينده كل جمعيت را تحت پوشش قرار دهد، طراحی كرد. اين روش با مشكلات عديده ای مواجه شده و سيستم ناچار می شود مزايای بخش عمومي را تا حدی كه قابل دسترس همگان باشد، کاهش دهد.

۳-۵-۹ خريد

پرداخت های مستقيم مردم برای مصارف سلامت در کشورهای متوسط و کم درآمد، بسيار بيشتر از کشورهای صنعتی است. با توجه به طبيعت پس رونده اين نوع پرداخت و نبود توزيع ريسك، اين موضوع موجب ناکارآمدی سازوكار انگيزه های پرداخت (با استفاده از نظام خريد) توسط سازمان های بیمه ای می شود. به طور مثال، پرداخت هزینه های بیمارستانی به صورت روزبستری ازسوی بیماران، در مقایسه با پرداخت های به ازای يك بستری، ممكن است موجب کاهش میانگين مدت بستری بیمار در بیمارستان یا مرکز درمانی نگردد.

۴-۵-۹ همبستگی اجتماعی

همبستگی اجتماعی در اثر عواملی چون: اختلاف طبقاتی، میزان درآمد، تنوع نیازهای سلامت و پرداخت (بالای) مستقيم، به مخاطره می افتد. در کشورهای متوسط و کم درآمد ممكن است به دليل تبعیضات درآمدی، منابع و سطح سلامت جمعيت در مقایسه با کشورهای ثروتمند بيشتر باشد. در اكثر کشورهای مذکور، بخش سلامت به پرداخت های مستقيم مردم متکی بوده و میزان تقاضا برای مراقبت های سلامت در میان اقشار فقير، با انعطاف پذیری درآمدی بيشتر روبه رو است. بنابراین، پرداخت های مستقيم، موجبات دسترسی بهتر ثروتمندان را به مراقبت های سلامت فراهم می آورد.

از یافته های فوق می توان نتیجه گرفت كه يك پارادایم فراگیر برای نظام های بیمه سلامت وجود ندارد. کشورهای مختلف با میزان جمعيت، توسعه و نظام های حكومتي متفاوت، دارای نقاط قوت و ضعف خاص خود بوده و باید نیازها، اولويت ها، محدودیت های سیاسی و اقتصادی و ظرفیت های اداری و اجرایی خود را مدنظر قرار داده و سپس اقدام به اصلاحات نمایند. به همین دليل، در ايران نیز اگرچه اجرای سازوكار واحد بیمه ای می تواند در تجميع ريسك و تأمین منابع کافی مؤثر واقع شود،

ولی ضرورت دارد ابتدا تحلیلی جامع از وضع موجود، شرایط کشور، نقطه نظرات سازمان‌های بیمه‌ای و سایر دست‌اندرکاران بخش سلامت صورت گرفته و سپس سیاست‌گذاری درخصوص نظام سلامت انجام پذیرد.

۹-۶ نحوه ارتباط متغیرهای پولی و منابع (در کشورهای متوسط و کم‌درآمد)

مطالعه‌ای که درخصوص نحوه ارتباط میان متغیرهای پولی و منابع در کشورهای متوسط و کم‌درآمد انجام شده، نشان می‌دهد که در این کشورها منابع عمدتاً از طریق پرداخت‌های مستقیم مردم و بخش خصوصی تأمین می‌شود. در دومنیکن ۷۲ درصد، السالوادور ۵۷ درصد، اکوادور ۵۴ درصد، گواتمالا ۵۲ درصد و پرو ۴۳ درصد منابع از این طریق تأمین می‌گردد.

ایران با تخصیص ۵/۵ درصد از تولید ناخالص داخلی^۱ به بخش سلامت (۱۲۶ دلار و با احتساب سرانه ۲۲۹۰ دلار)، در گروه کشورهای با درآمد متوسط قرار دارد. با این تفاوت که در کشورمان نیروی انسانی (پزشک) و تخت بیمارستانی مازاد وجود دارد. از هفتاد بیمارستان مازاد بر نیاز سازمان تأمین اجتماعی، سی بیمارستان در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته و چهل بیمارستان دیگر که اداره آن‌ها به موجب مصوبه (سال ۱۳۶۸) مجلس شورای اسلامی به سازمان تأمین اجتماعی تحمیل شده بود، نیازمند تغییر کاربری است.

جدول ۹-۲ وضعیت شاخص‌های سلامت در پنج کشور (با درآمد متوسط) آمریکای لاتین

ردیف	کشور	مصارف (درصد از تولید ناخالص داخلی)	سرانه مصارف سلامتی در سال ۱۹۹۸ (به دلار)	سرانه مصارف سلامت عمومی در سال ۱۹۹۸ (به دلار)	تعداد پزشکان به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر	تعداد پرستاران به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر	تعداد تخت‌های بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر
۱	جمهوری دومنیکن	۶/۵	۲۴۰	۶۸	۲۱۵/۶	۲۹/۹	۲

1. Gross Domestic Product (GDP)

جدول ۹-۲ وضعیت شاخص‌های سلامت در پنج کشور (با درآمد متوسط) آمریکای لاتین

ردیف	شاخص کشور	مصارف (درصد از تولید ناخالص داخلی)	سرايه مصارف سلامتی در سال ۱۹۹۸ (به دلار)	سرايه مصارف سلامت عمومی در سال ۱۹۹۸ (به دلار)	تعداد پزشکان به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر	تعداد پرستاران به ازای هر بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر	تعداد تخت‌های بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر
۲	اکوادور	۳/۶	۱۱۹	۵۵	۱۶۹/۶	۷۰/۱	۱/۶
۳	السالوادور	۸/۳	۳۴۳	۱۴۶	۱۰۷/۱	۳۴/۹	۰/۸
۴	گواتمالا	۴/۴	۱۶۸	۸۰	۹۳/۳	۲۷	۱/۱
۵	پرو	۴/۴	۱۹۷	۱۱۲	۹۳/۲	۱۱۵/۲	۱/۳

جدول ۹-۳ وضعیت شاخص‌های سلامت در پنج کشور (کم‌درآمد) آفریقای

ردیف	شاخص کشور	مصارف (درصد از تولید ناخالص داخلی)	سرايه مصارف سلامتی در سال ۱۹۹۸ (به دلار)	سرايه مصارف سلامت عمومی در سال ۱۹۹۸ (به دلار)	تعداد پزشکان به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر	تعداد تخت‌های بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر
۱	بورکینافاسو	۴/۱	۹	۱/۳	۳/۸	۱/۴
۲	مالاوی	۶/۳	۱۱	۲/۸	۲/۸	۱/۳
۳	مالی	۴/۳	۱۱	۲/۱	۶/۳	۰/۲
۴	نیجر	۲/۶	۵	۱/۲	۳/۳	۰/۱
۵	تانزانیا	۳	۸	۱/۳	۱/۴	۰/۹

۹-۷ نحوه تأمین منابع مالی و تجميع ريسک در ایران

براساس هرم پیوستگی، برای مقابله با عدم قطعیت در مصارف سلامت، بسته به شرایط اجتماعی و اقتصادی کشورمان، توان پرداخت مردم و منابع در اختیار، می‌توان از طیف گسترده سازوکارهای پرداخت مستقیم تا تجميع ريسک واحد بهره برد. هم‌اکنون در

ایران روش‌های متفاوتی برای تأمین منابع به‌منظور حفاظت از مردم در مقابل مخاطرات مالی ناشی از بروز بیماری‌ها وجود دارد، به‌گونه‌ای که از هر سه روش متداول در جهان، در کشورمان استفاده می‌شود:

۱. سازمان بیمه خدمات درمانی کشور منابع خود را از طریق دریافت مبلغی ثابت به‌عنوان سرانه حق بیمه، صرف‌نظر از نوع خدمت، وضعیت (قبله) بیماری افراد، سن، جنس، میزان ریسک ابتلا به بیماری و ... تأمین می‌کند.
 ۲. سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح علاوه بر دریافت سرانه حق بیمه، مبالغ مازادی را هم از طریق کمک و بیمه مکمل دریافت می‌کند.
 ۳. کمیته امداد امام خمینی (ره) علاوه بر دریافت سرانه حق بیمه، مبالغی را از طریق اعتبارات عمومی (دولتی) و هدایا و کمک‌های مردمی دریافت می‌کند.
 ۴. سازمان تأمین اجتماعی حدود نه درصد از دستمزد (مشمول دریافت حق بیمه) بیمه‌شدگان اجباری و سرانه درمان خویش‌فرمایان را صرف هزینه‌های درمانی می‌کند.
 ۵. برخی سازمان‌ها و نهادها (مانند بانک‌ها، شهرداری، صداوسیما، شرکت نفت و ...) منابعی را از محل اعتبارات عمومی (دولتی) یا اعتبارات در اختیار تأمین کرده و صرف هزینه‌های درمانی می‌نمایند.
 ۶. اغلب سازمان‌های دولتی و شرکت‌های وابسته به دولت منابعی را تحت عنوان هزینه‌های رفاهی به درمان کارکنان خود اختصاص داده و خدمات سلامتی پایه را با برخی چند برابر تعرفه‌های مصوب خریداری می‌کنند و از این طریق به نابرابری بیشتر دامن می‌زنند.
- تأمل در روش‌های فوق بیانگر این حقیقت است که نظام‌های تأمین منابع موجود در کشورمان از کارایی برخوردار نبوده و عدالت محور نیست؛ چرا که نوع و نحوه تأمین منابع نشان می‌دهد که سازوکار تجمیع منابع برای مقابله با مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها افزایش یافته است یا کاهش یافته. در نوع افزایش سهم مشارکت با افزایش میزان درآمد بالا می‌رود و ثروتمندان حق بیمه بیشتری پرداخت می‌کنند، اما در نوع کاهش، فقرا حق بیمه بیشتری می‌پردازند.

در روش نرخ‌های ثابت مالیاتی^۱ سهم ثابتی از درآمد افراد – صرف‌نظر از درآمد واقعی آنان – ملاک محاسبه قرار می‌گیرد. ولی در شکل مالیات‌های درآمدی^۲ که افزاینده‌ترین سازوکار تأمین منابع محسوب می‌شود، تحصیل‌کنندگان درآمد بالا، مالیات (بردرآمد) بیشتری پرداخت می‌کنند. مالیات‌های دستمزدی^۳ معمولاً مالیات‌های ثابتی بوده و براساس آن از افراد – صرف‌نظر از درآمد واقعی – مالیات یکسانی اخذ می‌شود. مالیات‌های دستمزدی دارای مالیاتی^۴ به‌شمار نمی‌رود و در کشورهای در حال توسعه (که در آن‌ها بیشترین ثروت به‌صورت دارایی^۵ است)، کارکردی کاهنده دارد. روش‌های دریافت حق بیمه ثابت^۶ مانند روشی که در ایران به‌صورت سرانه (مصوب) خدمات درمانی جاری است و پرداخت مستقیم، کاهنده‌ترین شکل‌های تأمین منابع محسوب می‌شود که در آن افراد – صرف‌نظر از میزان درآمد – حق بیمه یکسانی را پرداخت می‌کنند. از آنجاکه نظام‌های بیمه‌ای از طریق تأمین منابع افزاینده می‌توانند برای هزینه مراقبت‌های سلامتی افراد کم‌درآمد یارانه بپردازند و به‌جز سازمان تأمین اجتماعی، سایر سازمان‌های بیمه‌ای از نظام‌های تأمین منابع کاهنده بهره می‌برند، بنابراین، نظام تأمین منابع سلامت در کشور ما از عدالت و کارایی مناسب برخوردار نبوده و ضرورت انجام اصلاحات در آن احساس می‌شود.

در نگاه کلی‌تر، عدم بهره‌مندی حدود ۲۶ درصد از جمعیت کشور از پوشش بیمه‌ای، نبود نظام هدایت بیماران به مراکز درمانی، مختار بودن بیماران در مراجعه به هر مرکز درمانی (اعم از طرف قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر یا غیر طرف قرارداد) و ارجاع بیماران به هر مؤسسه تشخیصی و درمانی ازسوی بیمه‌گران، انجام اصلاحات را در این خصوص اجتناب‌ناپذیر کرده است. ازسوی دیگر، به‌علت نبود نظام هدایت بیماران، امراض مزمن آن‌ها تشخیص داده نشده و پیگیری معقول این بیماری‌ها صورت نمی‌پذیرد و تنها بیماری‌های حاد درمان می‌شود. این مشکل که سازمان جهانی بهداشت از آن به «سندرم رادار» یاد می‌کند، یکی دیگر از مشکلات این بخش محسوب می‌شود.

1. Flat Tax
2. Income Taxes
3. Pay Roll Taxes
4. Tax Assets
5. Assets
6. Fixed Premium

شرایط موجود کشور و نحوه تأمین منابع توسط سازمان‌های بیمه‌ای، از مشارکت دستمزدی در تأمین اجتماعی گرفته تا حق بیمه (ثابت) سرانه در حوزه بیمه خدمات درمانی و نظام حمایتی در کمیته امداد امام خمینی (ره)، نبود وحدت رویه در نحوه تأمین منابع، نبود نظام مدون مالیاتی و پرداخت مستقیم هزینه‌های سلامت توسط مردم، انتخاب نظام واحد بیمه‌ای را با مشکل روبه‌رو کرده است. همان‌گونه که قبلاً در موضوع تجمیع ریسک ادغام‌یافته توضیح داده شد، اولین گام برای ایجاد پیوستگی، یکسان کردن مبنای پرداخت حق بیمه برای همگان است که در آن میزان ریسک تعدیل می‌شود. بنابراین، نخستین اقدام عملیاتی در این زمینه، حرکت به سمت تجمیع ریسک ادغام‌یافته و سپس تجمیع ریسک واحد می‌باشد. نشانگرهای جهانی برای اندازه‌گیری میزان موفقیت ریسک ادغام‌یافته عبارت است از:

۱. پوشش بیمه‌ای: نرخ جمعیت تحت پوشش طرح‌های بیمه سلامت،
۲. حق بیمه‌های سلامت: محدوده‌ای که در آن افراد یکسان با ریسک‌های متفاوت، حق بیمه‌های مختلفی پرداخت می‌کنند،
۳. تفاوت در بسته مراقبت‌ها: میزان اختلاف در بسته خدمات از یک صندوق به صندوق دیگر،
۴. تفاوت در کیفیت خدمات: میزان تفاوت در کیفیت مراقبت‌هایی که اعضای صندوق‌های مختلف تجمیع ریسک دریافت می‌کنند (مانند لیست انتظار)،
۵. تفاوت در نحوه مشارکت (در هزینه):^۱ میزان تفاوت در پرداخت‌های مستقیم در صندوق‌های مختلف تجمیع ریسک.

وجود ناکارآمدی در نظام ارائه خدمات سلامتی در کشور موجب شد تا در سال‌های اخیر طرح «الزام دولت به اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده» توسط بیش از هفتاد نماینده مجلس شورای اسلامی ارائه گردد. این در حالی بود که قوانین لازم مانند قانون بیمه همگانی خدمات درمانی و قانون ساختار نظام رفاه و تأمین اجتماعی برای تحقق این امر در کشور وجود داشت. اگرچه کمیسیون مربوطه به مسکوت ماندن طرح به مدت شش ماه رأی داد، ولی عمده‌ترین دلیل مخالفت، ایجاد صندوق مشترک بیمه‌ای توسط

وزارت رفاه و تأمين اجتماعي بود که به شدت مورد مخالفت سازمان های بيمه گر قرار گرفت؛ چرا که از یک طرف مبنای دریافت حق بيمه و نحوه جمع آوری منابع در سازمان های مختلف (با توجه به مطالب پيشين) بسيار متفاوت است و از طرف ديگر، توجه به هرم پيوستگي نشان می دهد در کشورهایی که در آن ها هيچ گونه نظام بيمه ای وجود ندارد، ایجاد سيستم واحد بسيار سهل و آسان است، ولی در کشورهایی که دارای ساختارهای — هرچند ناکارآمد — بيمه ای هستند، به ناچار باید مراحل گذار از هرم پيوستگي پيموده شود. به همین دليل، توصیه می شود برای رسيدن به هدف آرمانی تجميع ريسک واحد، باید از مرحله تجميع ريسک ادغام یافته گذر کرد؛ زیرا نظام بيمه ای کشورمان هم اکنون در مرحله تجميع ريسک پراکنده قرار دارد.

در تأييد اين موضوع، مقايسه دو روش جمع آوری منابع رایج در کشور، شامل نظام مشارکت دستمزدی (در سازمان تأمين اجتماعي) و نظام سرانه (در سازمان بيمه خدمات درمانی و سازمان بيمه خدمات درمانی نیروهای مسلح)، بيانگر واقعیات انکارناپذیری است.

۹-۷-۱ روش سرانه

براساس اين روش که در سازمان بيمه خدمات درمانی و سازمان بيمه خدمات درمانی نیروهای مسلح اجرا می شود، اگر میانگين حقوق دریافتی کارکنان دولت در سال ۱۳۸۳ (بنا به اعلام سازمان بازنشستگی کشوری) ۱,۷۶۰,۰۰۰ ریال و بعد خانوار ۴ باشد، در اين صورت:

۱. سهم پرداختی هر کارمند بابت حق بيمه درمان یک سوم سرانه مصوب (۳۷,۳۳۳ ریال) و سهم دولت دوسوم آن (۷۴,۶۶۶ ریال)،
۲. سهم پرداختی هر کارمند بابت کسورات بازنشستگی ۹ درصد از حقوق (۱۵۸,۴۰۰ ریال) و سهم دولت ۱۳/۵ درصد (۲۳۷,۶۰۰ ریال) و درمجموع ۳۹۶,۰۰۰ ریال،
۳. کسورات هر کارمند بابت بيمه بازنشستگی و درمان ۱۹۵,۷۳۳ ریال، سهم دولت ۳۱۲,۲۶۶ ریال و درمجموع ۵۰۸,۰۰۰ ریال.

۹-۷-۲ روش درصدی از دستمزد

براساس اين روش که در سازمان تأمين اجتماعي اجرا می شود، اگر میانگين حقوق

دریافتی کارکنان دولت در سال ۱۳۸۳ (بنا به اعلام سازمان بازنشستگی کشوری) ۱۷۶۰ هزار ریال، و بعد خانوار ۴ باشد، در این صورت:

۱. سهم پرداختی هر کارمند بابت حق بیمه درمان برابر ۷ درصد از حقوق (۱۲۳,۲۰۰ ریال) و سهم دولت برابر ۲۳ درصد (۴۰۴,۸۰۰ ریال) و در مجموع ۵۲۸,۰۰۰ ریال،
۲. سهم درمان برابر ۹ درصد از مأخذ کسر حق بیمه، مطابق قانون تأمین اجتماعی (۱۷۶,۰۰۰ ریال) برای هر خانوار چهارنفره و معادل سرانه ۴۴,۰۰۰ ریال (که ۱/۶ برابر سرانه مصوب است)،

۳. تفاوت سهم کارمند، ۷۲,۵۳۳ ریال در ماه به نفع کارمندان.

همچنان که مشاهده می‌شود با یکسان‌سازی مبنای نظام مشارکت دستمزدی نه تنها منابع بیشتری در اختیار بخش سلامت کشور قرار می‌گیرد، بلکه درضمن پایداری بیشتر، سهم پرداختی کارکنان نیز کاهش می‌یابد.

فصل دهم

نظام پرداخت به
فراهم‌کنندگان خدمات

هزینه‌های سلامت، بخش عمده‌ای از مخارج دولت‌ها را به خود اختصاص داده و این مخارج در طول دو دهه گذشته رشد فزاینده‌ای داشته است. طبق بررسی‌های انجام گرفته، بخش عظیمی از این مخارج، صرف پرداخت حق‌الزحمه نیروی انسانی و به‌خصوص پزشکان شده است، ارائه مراقبت‌های پزشکی در سطحی عادلانه، کافی و با کیفیت، یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های فراروی اکثر حکومت‌ها بوده و تحقق این هدف تا حد زیادی به طراحی و استقرار سازوکاری کارآمد برای پرداخت بستگی دارد.

سازوکارهای پرداخت دربرگیرنده پیام‌هایی است که بعضی از رفتارها را برای کسب درآمد بیشتر تشویق می‌کند، یا مانع بروز برخی رفتارهای دیگر می‌شود. آنچه اهمیت دارد این است که باید مراقب تأثیرات هر روش بر رفتار ارائه‌دهنده خدمت بود. با شناخت تأثیرات و پیامدهای هر روش، می‌توان درخصوص انتخاب روش مناسب و چگونگی برخورد با تأثیرات سوء آن تصمیم‌گیری کرد. این اهرم کنترلی به‌عنوان یکی از اهرم‌های پنج‌گانه، جایگاه ویژه‌ای در تغییر نظام سلامت دارد. بعضی ویژگی‌های نظام پرداخت بهینه عبارت است از:

۱. ایجاد درآمد معقول برای پزشکان،
۲. افزایش تمایل به ارائه خدمات با کیفیت،
۳. عدم تمایل پزشکان به ترک کشور،
۴. تضمین روند عرضه و ارائه مستمر خدمات،
۵. جلوگیری از اتلاف و تدارک انواع خدمات غیرضروری،
۶. کاهش تصدی‌گری دولت،
۷. نظام اداری و مالی بسیار ساده و کم‌هزینه،

۸. افزایش پاسخ‌گویی پزشکان،
۹. ایجاد رقابت مثبت در ارائه خدمات،
۱۰. تقسیم ریسک (طول مدت بستری، هزینه دارو و خدمات پاراکلینیکی، تعداد بیماران ارجاعی و ...) بین خریدار خدمت (فرد یا سازمان بیمه‌گر) و ارائه‌کننده خدمت (پزشک، بیمارستان) و سهمیم شدن پزشکان در ریسک هزینه‌ها،
۱۱. ارائه خدمات به تمام جمعیت تحت پوشش در سنین مختلف (نوزاد، کودک، جوان و سالمند)، شرایط فیزیولوژیک مختلف (دوران بارداری، شیردهی، بیماری‌های مزمن و ...)، مناطق مختلف (شهر و روستا) و استفاده از پرداخت‌های ویژه و تشویقی برای مناطق روستایی در صورت نیاز،
۱۲. شفافیت در پرداخت مطلوب هزینه‌ها و محاسبه‌گری در میزان منابع،
۱۳. کنترل سهل و مناسب هزینه‌ها،
۱۴. ایجاد ارتباط بیشتر میان بیمار و پزشک،
۱۵. سهولت در روند خدمات جدید و لحظه‌ای از پزشکان،
۱۶. جلوگیری از ارائه خدمات بیشتر یا کمتر از حد مورد نیاز،
۱۷. فراهم‌سازی امکان نظارت بر کیفیت خدمات (براساس خطوط راهنمای استاندارد)،
۱۸. کاهش میزان ارجاع بیمار به سطوح بالاتر،
۱۹. کاهش هزینه دارو و خدمات پاراکلینیکی،
۲۰. جهت‌دهی پزشکان خانواده به ارائه خدمات بهداشتی و تغییر شیوه زندگی مردم،
۲۱. محوریت یافتن پزشک خانواده.

۱-۱۰ انواع نظام‌های پرداخت

مشهورترین نظام‌های پرداخت عبارت است از: پرداخت کارانه، پرداخت گروه‌بندی شده (مبتنی بر تشخیص)، پرداخت سرانه و پرداخت حقوق که در اینجا به‌شرح مختصر هر کدام از آن‌ها می‌پردازیم.

۱-۱-۱۰ پرداخت کارانه

عبارت است از دریافت بهای خدمات به‌ازای هر اقدام درمانی یا فراورده قابل ارائه. این

شیوه، رایج‌ترین روش پرداخت بوده و از همه بیشتر مورد علاقه بازار است. نظام پرداخت کارانه بر دو نوع است:

۱. **بدون کنترل:** که در آن خدمت‌دهنده، خدمات ارائه شده خود را براساس میزان قدرت پرداخت بازار قیمت‌گذاری می‌کند.

۲. **کنترل شده:** که در آن جداول خاصی برای نرخ‌ها یا دستمزدها تهیه و ارائه می‌شود. - تشویق به تولید خدمات (حتی خدمات غیرضروری) و افزایش هزینه‌ها، دو اثر (نتیجه) مهم پرداخت کارانه محسوب می‌شود. این نظام، تولید بیش از اندازه را تشویق می‌کند، ولی ممکن است کیفیت خدمات را هم بهبود بخشد. آثار نظام پرداخت کارانه تا اندازه زیادی به پیشنهاد جدول قیمت‌ها بستگی دارد. به عنوان مثال، اگر قرار باشد تولید و ارائه خدمت ویژه‌ای تشویق شود، باید بهای آن خدمت بیش از بهای واقعی آن تعیین گردد. و اگر هدف، جلوگیری از افزایش تولید و ارائه خدمت معینی توسط پزشک باشد، باید بهای آن خدمت کمتر از بهای واقعی آن تعیین شود.

۱۰-۱-۲ پرداخت گروه‌بندی شده (مبتنی بر تشخیص)^۱

در این شیوه صرف‌نظر از ترکیب خدمات، مبلغ از پیش تعیین‌شده‌ای با توجه به تشخیص بیماری پرداخت می‌شود. مثلاً برای جراحی آپاندیسیت یک تعرفه مشخص وجود دارد، خواه خدمات اضافی به بیمار ارائه شود یا نشود. برای اجرای این روش، لازم است بیماری‌ها گروه‌بندی شده و به هر گروه تعرفه خاصی تعلق گیرد، که البته کاری بس دشوار است. در این روش، خدمات بی‌مورد و بدون توجیه ارائه نمی‌شود و به نوعی یکی از مهم‌ترین اشکالات روش کارانه برطرف می‌گردد، ولی می‌تواند به شدت باعث کم‌عدالتی و کاهش کیفیت خدمت شود.

۱۰-۱-۳ پرداخت سرانه^۲

پرداخت بدون تبعیض و برای مدت معین (معمولاً یک‌سال) بوده و براساس تجمیع

1. Disease Related Group (DRG)

2. Capitation Payment

ریسک توسط ارائه‌دهنده خدمت انجام می‌شود.

دستمزدها در سازوکار پرداخت سرانه به دو گونه است:

۱. ساده: ارائه‌دهنده خدمت به‌ازای هریک از بیماران ثبت‌نام شده دستمزد می‌گیرد.
۲. پیچیده: دستمزدها برحسب پارامترهای گوناگون مانند سن و جنس بیماران و محل اقامت آن‌ها تغییر می‌کند. این شیوه هم برای ارائه‌دهندگان خدمات (مراقبت‌های اولیه) و هم برای بیمارستان‌ها مناسب است.

۴-۱-۱۰ پرداخت حقوق^۱

روش پرداخت حقوق به‌طور عادی بر پایه عقد قرارداد انجام کار بین ارائه‌دهنده خدمت و صندوق بیمه (بهداشتی) قرار دارد و برابر توافق، به ارائه‌دهنده خدمت حقوق ماهانه پرداخت می‌شود.

عدم علاقه کارکنان به ارائه خدمات با کیفیت و بوروکراسی، دو عیب مهم این شیوه محسوب می‌شود. در نظام مبتنی بر پرداخت حقوق پرسش اساسی این است که آیا صندوق بیمه (بهداشتی) می‌تواند:

۱. هزینه کمتری را صرف ارائه‌دهندگان خدمات کند،
۲. کمیت و کیفیت فعالیت و عملکرد خود را تضمین نماید،
۳. مدیریت کارآمدتر و سازمان‌دهی بهتری را نسبت به ارائه‌دهندگان مستقل خدمات ترتیب دهد.

درمجموع می‌توان سازوکارهای پرداخت را به دو شیوه کلی تقسیم‌بندی نمود:

۱. عناصر آینده‌نگری که مستقل از مقوله ارائه خدمت بوده و قبل از آنکه خدمتی ارائه گردد، تکلیف آن‌ها روشن شده است. مانند تعیین تعرفه در سازوکار پرداخت کارانه، که در آن اول تکلیف تعرفه مشخص شده و سپس خدمت ارائه می‌گردد.
۲. عناصر گذشته‌نگری که تابع ارائه‌دهنده خدمت‌اند، مانند جمعیت تحت پوشش در سازوکار پرداخت سرانه، که در آن هر چه تعداد افراد بیشتر باشد، مبلغ بیشتری به

ارائه‌دهنده خدمت پرداخت می‌شود. ترکیب خدمات در پرداخت کارانه هم یک عنصر گذشته‌نگر محسوب می‌شود.

هر چقدر از روش پرداخت کارانه فاصله گرفته و به شیوه پرداخت سرانه نزدیک شویم، از تعداد عناصر گذشته‌نگر کاسته شده و به تعداد عناصر آینده‌نگر آن افزوده می‌شود. به همین ترتیب، کاهش عناصر گذشته‌نگر، از خطرپذیری مالی پرداخت‌کننده کاسته و به خطرپذیری مالی ارائه‌دهنده خدمت می‌افزاید. در اینجا شناسایی راه‌هایی که ریسک بالای ارائه‌دهندگان خدمات را کاهش می‌دهد، ضروری است؛ زیرا معمولاً ارائه‌دهندگان خدمات با استفاده از این راه‌ها سعی می‌کنند خطرپذیری مالی خود را کاهش دهند، که باید با به‌کارگیری سازوکارهای کاهش ریسک مانع آن‌ها شد. استفاده از هریک از شیوه‌های پرداخت الزاماتی دارد که باید با توجه به ویژگی و میزان آمادگی هر نظام ارائه خدمات، روش مناسب را انتخاب کرد. در جدول ۱-۱۰ نظام پرداخت در چند کشور عضو اتحادیه اروپا ارائه شده است. جداول ۲-۱۰ تا ۴-۱۰ نیز مروری کلی بر نظام‌های پرداخت و معایب و مزایای هر کدام از آن‌ها دارد.

جدول ۱-۱۰ نحوه پرداخت دستمزد پزشکان در کشورهای عضو اتحادیه اروپا

ردیف	کشور	نحوه پرداخت دستمزد
۱	بلژیک	پزشکان طرف قرارداد براساس جدول دستمزدها و پزشکان غیر طرف قرارداد به‌صورت آزاد
۲	دانمارک	مبلغ ثابت به‌ازای هر فعالیت متخصصان
۳	آلمان	جدول دستمزدها (براساس میزان خدمات انجام شده)
۴	یونان	از طریق مؤسسات بیمه‌گر
۵	اسپانیا	حداقل حقوق به‌علاوه پرداخت‌های تکمیلی برای شاغلان در بیمارستان‌ها و کارانه برای سایرین
۶	فرانسه	جدول حقوقی (برای پزشکان مناطق آزاد و پزشکان دارای پروانه قبل از سال ۱۹۸۰ میلادی قابل افزایش است)
۷	ایرلند	سرانه سالانه، پرداخت اضافی برای خدمات تخصصی و خدمات غیر تحت پوشش
۸	ایسلند	حقوق به‌علاوه کارانه برای پزشکان شاغل و برای سایر پزشکان صرفاً کارانه

جدول ۱-۱۰ نحوه پرداخت دستمزد پزشکان در کشورهای عضو اتحادیه اروپا

ردیف	کشور	نحوه پرداخت دستمزد
۹	ایتالیا	حقوق ثابت برای پزشکان استخدام شده و پرداخت سرانه به پزشکان عمومی و متخصصان اطفال و پزشکان خانواده
۱۰	لیختنشتاین	براساس تعرفه
۱۱	لوگزامبورگ	براساس موافقت کلی
۱۲	هند	سرانه (پزشک خانواده)
۱۳	نروژ	حقوق برای کارکنان بخش دولتی به علاوه مشارکت مالی بیماران و برای پزشکان بخش خصوصی، کمک های دولتی به علاوه بیمه
۱۴	اتریش	ترکیبی (میزان ثابت برای هر بیمه شده و برای هر مورد بیماری)
۱۵	پرتغال	حقوق برای استخدام شدگان و کارانه برای پزشکان طرف قرارداد
۱۶	فنلاند	حقوق برای استخدام شدگان و کارانه برای پزشکان طرف قرارداد و بخش خصوصی
۱۷	سوئد	حقوق برای بخش دولتی و تعرفه ثابت برای بخش خصوصی
۱۸	انگلستان	براساس موافقت نامه بین مؤسسات بهداشتی و پزشکان مورد تأیید

جدول ۲-۱۰ واحد پرداخت و روش های پرداختی رایج

ردیف	روش پرداخت مؤسسات ارائه کننده خدمات	پزشکان و سایر متخصصان		بیمارستان ها (و سایر مراکز درمانی)
		واحد پرداخت	بخش سلامت	
۱	کارانه	هر یک از اقلام خدمات	×	×
۲	حقوق	واحدهای زمان کاری	×	
۳	سرانه	به ازای هر فرد ثبت شده	×	×
۴	روزانه	به ازای هر روز	×	
۵	به ازای بستری	به ازای هر بستری		×
۶	بستری تعدیل شده برای	به ازای هر بستری براساس		×
۷	ترکیب مواد	گروه درمانی		
۸	گروه درمانی	به ازای هر ردیف بودجه		×
۹	بودجه کل	به ازای هر بیمارستان		×

جدول ۳-۱۰ روش‌های پرداخت، پذیرندگان ریسک و انگیزه ارائه‌دهندگان خدمت

ردیف	روش پرداخت	سند خدمات (ارائه شده)	پذیرنده ریسک		نوع انگیزه ارائه‌دهنده خدمت		
			پذیرنده ریسک	ارائه‌دهنده	افزایش تعداد بیماران درمان شده یا ثبت شده	افزایش تعداد خدمات به‌ارزی مرکز مشاوره یا مراقبت قابل مطالبه	افزایش شدت بیماری گزارش شده
۱	کارانه	هر مورد از خدمت یا مشاوره	تمام ریسک متوجه پرداخت‌کننده است	هیچ ریسکی متوجه ارائه‌دهنده نیست	بلی	خیر	بلی
۲	حقوق	کار به مدت یک هفته یا یک ماه	تمام ریسک متوجه پرداخت‌کننده است	هیچ ریسکی متوجه بزرگ نیست	خیر	-	-
۳	حقوق و پاداش	پاداش براساس تعداد بیماران	بخش حقوق	بخش پاداش	بلی	-	-
۴	سرانه	تمام خدمات پوشش داده شده برای یک فرد در یک دوره زمانی معین	در تعداد بالاتر از سقف توقف زبانی	تا یک سقف مشخص (توقف زبانی) تمام ریسک‌ها متوجه ارائه‌دهنده است	بلی	-	خیر
۵	کارانه	هر مورد از خدمت یا مشاوره	تمام ریسک متوجه پرداخت‌کننده است	هیچ ریسکی متوجه ارائه‌دهنده نیست	بلی	خیر	بلی
۶	پرداخت به‌ارزی بستری یا تعدیل از نظر ترکیب موارد	میزان پرداخت بسته به مورد تفاوت دارد	ریسک تعداد موارد و طبقه‌بندی شدت موارد	ریسک هزینه درمان در یک مورد معین	بلی	بلی	بلی

جدول ۳-۱۰ روش‌های پرداخت، پذیرندگان ریسک و انگیزه ارائه‌دهندگان خدمت

ردیف	روش پرداخت	سبب خدمات (ارائه شده)	پذیرنده ریسک		نوع انگیزه ارائه‌دهنده خدمت		
			پرداخت‌کننده	ارائه‌دهنده	افزایش تعداد بیماران درمان شده یا ثبت شده	افزایش شدت بیماری گزارش شده	انتخاب بیماران سالم‌تر
۷	پرداخت به‌ازای بستری	هر مورد بستری	ریسک تعداد موارد بستری	ریسک تعداد خدمات به‌ازای هر بستری	بلی	بلی	بلی
۸	پرداخت روزانه	هر روز بیمار	ریسک تعداد روزهای بستری در بیمارستان	ریسک هزینه مراقبت‌ها در یک روز معین	بلی	بلی	خیر
۹	سرايه	تمام شده برای یک فرد در یک دوره زمانی مشخص	مقادیر بالای سقف (توقف زبان)	تمام ریسک تا یک سقف مشخص (توقف زبان) برعهده ارائه‌دهنده است	بلی	-	بلی
۱۰	بودجه کلی	تمام خدمات پوشش داده شده برای یک فرد در یک دوره زمانی مشخص	هیچ ریسکی متوجه پرداخت‌کننده نیست	تمام ریسک متوجه ارائه‌دهنده است	خیر	-	بلی

جدول ۴-۱۰ آثار انگیزش‌های مالی بر بخش سلامت

ردیف	نحوه پرداخت	آثار
۱	کارانه	ارائه‌دهندگان خدمات از این روش طرفداری می‌کنند، کمیت و ارائه کلی خدمات به‌ازای هر بیمار افزایش می‌یابد، تورم‌زاست، ممکن است کیفیت آن به‌دلیل استفاده بیش از حد از درمان و دارو کاهش یابد
۲	موردی	کارایی خدمات بیمارستانی را ارتقا می‌بخشد، تا حدی سبب افزایش موارد بستری می‌گردد، ممکن است کیفیت آن به‌دلیل اقامت بسیار کوتاه در هر بستری و استفاده کمتر از حد از آزمون‌ها کاهش یابد
۳	پرداخت روزانه	نسبت به روش پرداخت کارانه، خاصیت تورمزایی کمتری دارد، طول مدت بستری در بیمارستان را به‌طور قابل توجهی افزایش می‌دهد، ممکن است کمیت خدمات در هر روز کاهش یابد
۴	سرانه	خدمات بی‌مورد را به‌طور قابل توجهی کاهش می‌دهد، کارایی را ارتقا می‌بخشد، ممکن است بیماران به‌طور کامل درمان نشوند، امکان انتخاب ریسک توسط ارائه‌دهندگان وجود دارد
۵	بودجه کلی	سبب ارتقای کارایی می‌شود، اثربخش‌ترین روش در کنترل هزینه‌های تورمی سلامت است، امکان کاهش کیفیت وجود دارد، در صورتی که اعطای بودجه مستلزم یک استاندارد حجمی باشد، احتمال افزایش کمیت وجود دارد
۶	حقوق	انگیزش برای درمان بیش از حد بیماران را حذف می‌کند، ممکن است کمیت برون‌ده در ساعت کاهش یابد، احتمال کاهش کیفیت مراقبت وجود دارد، ارائه‌دهندگان خدمت بیماران را به مطب‌های خصوصی خود ارجاع می‌دهند

۲-۱۰ وضعیت نظام پرداخت در ایران

به‌منظور طراحی نظام پرداخت بهینه لازم است وضع موجود پرداخت حقوق و دستمزد به کارکنان بخش سلامت (به‌خصوص پزشکان) مطالعه شود. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که در حال حاضر روش پرداخت حق‌الزحمه به کارکنان بخش بهداشت و درمان از روش‌های مختلفی تبعیت می‌کند که در جدول ۵-۱۰ آمده است.

جدول ۵-۱۰ نحوه پرداخت حقوق و دستمزد پزشکان و پیراپزشکان در ایران

ردیف	نیروی انسانی	شبکه	مطلب	درماتگاه عمومی	درماتگاه تخصصی	کلینیک	بیمارستان عمومی	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی
۱	پزشک فوق تخصص	-	- کارانه به ازای هر واحد خدمتی	-	- کارانه به ازای هر واحد خدمتی - کارانه به ازای هر مورد بیماری	-	-	- حقوق ماهانه - کارانه به ازای هر واحد خدمتی - کارانه به ازای هر مورد بیماری
۲	پزشک متخصص	-	- کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- حقوق ماهانه - کارانه به ازای هر واحد خدمتی - کارانه به ازای هر مورد بیماری	- کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- کارانه به ازای هر مورد بیماری - حقوق ماهانه - کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- کارانه به ازای هر مورد بیماری - حقوق ماهانه - کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- کارانه به ازای هر واحد خدمتی - کارانه به ازای هر مورد بیماری
۳	پزشک عمومی	حقوق ماهانه	- کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- کارانه به ازای هر واحد - حقوق ماهانه - کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- حقوق ماهانه - کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- کارانه به ازای هر مورد بیماری - حقوق ماهانه - کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- کارانه به ازای هر واحد بیماری - حقوق ماهانه - کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- کارانه به ازای هر واحد خدمتی - کارانه به ازای هر مورد بیماری
۴	پیراپزشک	حقوق ماهانه	- کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- حقوق ماهانه - کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- حقوق ماهانه - کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- کارانه به ازای هر مورد بیماری - حقوق ماهانه - کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- حقوق ماهانه - کارانه به ازای هر واحد خدمتی	- کارانه به ازای هر واحد خدمتی - کارانه به ازای هر مورد بیماری

اگر اجرای نظام ارجاع در دستور کار باشد، باید بررسی بیشتری درخصوص شیوه‌های پرداخت به پزشکان و متخصصان بخش درمانی صورت گیرد تا ضمن ایجاد انگیزش در آنان، خدمات بهتری به بیمار ارائه شود و بیمار هم انگیزه بیشتری برای گرایش به نظام ارجاع پیدا کند.

به نظر می‌رسد در سطح اول، انتخاب نظام سرانه (به‌عنوان سقف پرداخت) و پرداخت به‌ازای خدمت (کارانه)، روش انتخابی مناسبی باشد. به این شکل که پرداخت به پزشک خانواده به‌ازای هر مورد خدمت ثبت شده صورت می‌گیرد، ولی سقف پرداخت به میزان سرانه تعیین شده است. در سطح دوم، روش پرداخت کارانه شیوه مناسبی است، به شرط آنکه با قدرت دادن به پزشکان خانواده بتوان با تقاضای القایی مقابله کرده و فرهنگ مصرف را بهینه ساخت. در سطح سوم، باید بیمارستان‌ها را طرف حساب قرار داده و پرداخت‌ها را براساس یکی از روش‌های آینده‌نگر (ترجیحاً شیوه گروه‌بندی مبتنی بر تشخیص) انجام داد. برنامه‌ریزی در این سازوکار باید طوری صورت گیرد که بیمارستان‌ها در پرداخت به پزشکان دارای اختیار باشند.

۳-۱۰ اصلاح روش تعرفه‌گذاری خدمات

با توجه به لزوم تغییر در نظام پرداخت در جهت ایجاد انگیزش برای کلیه فراهم‌کنندگان خدمات، بازبینی در تعرفه‌های پرداخت ضروری به نظر می‌رسد. در این قسمت باید تعرفه خدمات بالینی از خدمات فنی تفکیک شده و هزینه بستری به شیوه‌ای منطقی محاسبه شود، به‌نحوی که با منطقی شدن تعرفه‌ها، تمایل به استفاده بی‌رویه از تجهیزات پزشکی مهار گردد. باید توجه داشت که تعرفه‌گذاری خدمات سلامت، نقش عمده‌ای در چگونگی ارائه خدمات دارد.

متأسفانه در ایران به این نکته اساسی توجه نشده و دو اتفاق ناخوشایند رخ داده است. اول اینکه نقش طب مادر (که طب داخلی است) در تخصص‌ها مضمحل گشته و بدنه طب (که پزشکی عمومی است) در ارزش‌گذاری و تعرفه‌گذاری، نقش خود را از دست داده است. برای مثال زمانی که حق ویزیت یک متخصص قلب (با صرف ده دقیقه وقت) ۱۹۰۰۰ ریال بوده و همین متخصص برای انجام یک اکوکاردیوگرافی (با صرف همین زمان)

۲۱۶۲۰۰ ریال دریافت می‌کند که تقریباً ۱۱ برابر حق ویزیت است و حق فنی آن حدود ۵۰۰۰۰ ریال می‌باشد، چگونه می‌توان انتظار داشت این اتفاقات رخ نداده و استفاده از تجهیزات پزشکی به‌طور کاذب افزایش نیابد؟ در واقع تعرفه‌گذاری ناصحیح باعث می‌شود که به اجبار، همگان در جهت القای مصرف بی‌رویه تجهیزات پزشکی جدید گام بردارند. اتفاق ناخوشایند دوم، تجاری شدن پزشکی است. اولویت دادن به خدمات پاراکلینیک، عملاً استفاده از این خدمات مورد تشویق قرار می‌گیرد. به‌عنوان مثال براساس یک پژوهش انجام گرفته در سازمان تأمین اجتماعی، هزینه واقعی هر کلیشه ام آر ای در سال ۱۳۸۱ در بخش خصوصی ۳۲۰۵۵۵ ریال و در بخش دولتی (بدون احتساب سود سرمایه و با لحاظ استهلاک و هزینه نگهداری) ۲۱۹,۶۶۷ ریال بوده است. این در حالی است که به‌طور میانگین بیماران بابت هر کلیشه در بخش دولتی ۵۰۰,۰۰۰ ریال و در بخش خصوصی ۷۵۰,۰۰۰ ریال پرداخته‌اند. این تفاوت فاحش باعث می‌شود که تمایل به سرمایه‌گذاری در این عرصه به‌ویژه در بخش خصوصی افزایش یابد که به‌طور طبیعی ایجاد تقاضای القایی را در پی خواهد داشت. این در حالی است که با اصلاح نظام تعرفه‌گذاری و تفکیک تعرفه‌های خدمات بالینی از خدمات فنی می‌توان به آسانی این رویه را اصلاح کرد.

فصل یازدهم

تغییر رفتار

عملکرد نظام سلامت از طرق مختلف تحت تأثیر رفتار فردی قرار دارد و تغییر رفتار فردی می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر وضعیت سلامت فرد و عملکرد نظام سلامت داشته باشد. افراد، به‌عنوان ارائه‌کنندگان و بهره‌مندان از خدمات، به محرک‌های متعددی پاسخ می‌دهند. برخی از این محرک‌ها، از اهرم‌های کنترل^۱ دیگری مانند نظام‌های تأمین مالی و پرداخت و ساختارهای سازمانی، قانونی و نظارتی ناشی می‌شوند، اما رفتار افراد نیز در بستری متشکل از فرهنگ و ساختار اجتماعی، عادات، ارزش‌ها، تصورات و باورها شکل می‌گیرد. در این فصل به این پرسش پاسخ داده می‌شود که چگونه می‌توان از اهرم کنترل رفتار، برای بهبود عملکرد نظام سلامت و پیشبرد اهداف سلامت عمومی استفاده کرد؟

۱۱-۱ طبقه‌بندی رفتارهای فردی

در بخش سلامت، رفتار چهار گروه باید مورد توجه قرار گیرد:

۱. مصرف‌کنندگان،

۲. ارائه‌کنندگان،

۳. پذیرش بیمار،

۴. سبک زندگی.

هر دسته از این رفتارها با اهداف مهمی در اصلاح بخش سلامت مرتبط است.

۱۱-۱-۱ مصرف‌کنندگان

تصمیمات مصرف‌کنندگان در مورد زمان، مکان و چگونگی درمان، موضوعی مهم برای

ارتقای عملکرد نظام سلامت محسوب می‌شود. این تصمیمات شامل انتخاب نوع متخصص سلامت (پزشک متخصص در مقابل پزشک عمومی)، سطح تسهیلات سلامت (مراقبت‌های اولیه در مقابل بیمارستان)، زمان و مکان درمان بوده و غالباً شامل تعامل بین متخصصان امر سلامت از جمله پزشکان، ماماها و اطباء سنتی هم می‌شود.

۱۱-۱-۲ ارائه‌کنندگان

تصمیمات ارائه‌کنندگان شامل ماهیت درمان از جمله رعایت راهکارهای طبابت، میزان توجه به مراقبت‌های پیشگیرانه، محل درمان (بیمارستان عمومی در مقابل مطب شخصی) و ارجاع بیماران به سایر ارائه‌کنندگان است. دولت در اینجا تنها نقش‌آفرین بالقوه محسوب نمی‌شود، زیرا اخلاق حرفه‌ای را می‌توان از طریق برنامه‌های تغییر رفتار که از سوی نهادهای تخصصی ارائه می‌شود، اصلاح کرده و اشاعه داد.

درمجموع هدف بسیاری از راهبردهای تغییر رفتار در این زمینه، اصلاح الگوهای نسخه‌نویسی پزشکان و داروخانه‌هاست. تجویزکنندگان دارو، هدف اصلی بازاریابی داروهای تجاری در بخش سلامت به‌شمار می‌روند. برای بهبود این روند، طرحی برای ارائه اطلاعات لازم به پزشکان با استفاده از رویکرد بازاریابی اجتماعی ابداع شده است تا رفتار نسخه‌نویسی آن‌ها تغییر یافته و کیفیت و اثربخشی داروهای انتخابی ارتقا یابد.

۱۱-۱-۳ پذیرش بیمار

دسته سوم رفتارهای فردی، شامل تصمیمات بیمار در مورد رعایت دستورالعمل‌های درمانی متخصصان سلامت است. این رفتارها عبارت است از: استفاده از نسخه‌های دارویی، پذیرش ارجاع و سایر رفتارهای پیروی از درمان.

بسیاری از راهبردهای مربوط به تغییر رفتار پذیرش بیمار، داروها را هدف قرار داده‌اند. تلاش در جهت تشویق بیماران برای مصرف کامل دوره آنتی‌بیوتیک‌ها (برای کاهش ایجاد مقاومت ضد میکروبی در بدن) و تشویق بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (اسکیزوفرنی، فشار خون بالا و دیابت) برای مصرف منظم و به‌موقع داروها.

۱۱-۱-۴ سبک زندگی

چهارمین دسته از رفتارهای فردی، تصمیمات مصرف‌کنندگان در مورد سبک زندگی است

که به‌ویژه در پیشگیری از بیماری‌ها، آثار عمده‌ای بر وضعیت سلامت دارد. تصمیمات فردی در مورد الگوهای مصرف غذا، استعمال دخانیات، ورزش، روابط جنسی و استفاده از روش‌های ضدبارداری نمونه‌هایی از این رفتارهاست. این رفتارها لزوماً دربرگیرنده تعامل با متخصصان سلامت یا امکانات درمانی نبوده و غالباً تحت نظر شبکه پیچیده‌ای از تأثیرات، از بازاریابی تجاری پیشرفته گرفته تا فشار ناشی از انتظارات فرهنگی سنتی قرار دارند.

۱۱-۲ محدودیت‌های اهرم تغییر رفتار

۱۱-۲-۱ مشکلات فرهنگی

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که محیط اجتماعی و فرهنگی بر تصمیمات فردی، به‌ویژه در مورد رفتارهای پیچیده سلامت از جمله مسائل خصوصی تأثیر می‌گذارد. سیاست‌گذاران بخش سلامت باید بدانند که استفاده از اهرم کنترل رفتار برای تغییر ارزش‌های اساسی جمعیت هدف به‌جای تغییر رفتار آن، بسیار مشکل است. در واقع، تلاش برای تغییر ارزش‌های اساسی می‌تواند اثربخشی نهایی یک برنامه بازاریابی اجتماعی را از بین ببرد.

۱۱-۲-۲ مسائل اخلاقی

استفاده از اهرم کنترل رفتار، موجب بروز برخی مسائل اخلاقی می‌شود که نخستین آن مربوط به تعادل میان الزامات اخلاقی مختلف است. فرض کنید یک رفتار فرهنگی سنتی برای مثال عدم حضور دختران در مدرسه یا برنامه‌های کنترل جمعیت باعث ایجاد کاستی‌هایی در وضعیت سلامت شود. این امر ممکن است یک هدف آشکار برای یک برنامه بازاریابی اجتماعی به‌نظر برسد. اما این امر مستلزم برخورد با ارزش‌های جامعه سنتی است که با مخالفت‌های شدید درونی مواجه می‌شود. این مسائل اخلاقی می‌تواند تردیدهای اساسی در فرایند اصلاحات ایجاد نماید.

۱۱-۲-۳ تأمین عدالت

یکی از مسائل اخلاقی مهم، آسیب‌پذیری افرادی است که از لحاظ فرهنگی در حاشیه قرار دارند. در سراسر جهان گروه‌های حاشیه‌ای به‌ویژه در برابر چنین تلاش‌هایی آسیب‌پذیر به‌نظر می‌رسند؛ زیرا قدرت سیاسی لازم را برای حفظ فرهنگ خود ندارند.

مشکل اینجاست که چنین گروه‌هایی ممکن است رفتارهایی فرهنگی نیز داشته و عواقب نامطلوب و قابل ملاحظه‌ای برای سلامت رقم بزنند و پرسش‌های اخلاقی جدی در مورد محدودیت‌های مداخلات تغییر رفتار مطرح نمایند.

۱۱-۳ جمع‌بندی

برای موفقیت در اجرای برنامه‌های سلامت باید سه نکته را درخصوص تغییر رفتار مدنظر قرار داد:

۱. برای اجرای موفقیت‌آمیز برنامه‌های اصلاحات در بخش سلامت، تغییر رفتار فردی امری حیاتی است. البته اثربخشی اهرم کنترل رفتار با محدودیت‌هایی روبه‌روست. باید مقولاتی چون تأمین مالی، پرداخت، سازمان‌دهی و وضع مقررات در نظام سلامت مورد اصلاح قرار گیرد تا سطح مطلوب در نظام سلامت حاصل شود.
 ۲. اهرم کنترل سعی می‌کند تغییراتی را در رفتار فردی ایجاد نماید، ولی قصد تغییر ساختار اجتماعی یا پویایی قدرت سیاست‌گذاری در بخش سلامت عمومی را ندارد. در این راستا اعمال روش‌های بازاریابی در مباحثات مربوط به سیاست عمومی، شکل‌دهی به تصورات عمومی در مورد ماهیت مشکلات اجتماعی و استفاده از راه‌حل‌های سیاسی مناسب و تأثیرگذاری بر مقبولیت سیاست‌های پیشنهادی، ضروری است.
 ۳. تلاش برای تغییر رفتار مستلزم آن است که مجریان اصلاحات در بخش سلامت سطح بالایی از تعهد و بازاریابی تخصصی را برانگیزند. شرایطی که بازاریابی اجتماعی به‌وسیله آن باعث تغییر رفتار در بخش سلامت شود، هنوز به میزان کافی شفاف نشده است. به همین دلیل، انجام مطالعات دیگری در مورد انواع رویکردهای تغییر رفتار و شرایطی که این رویکردها در چارچوب آن احتمال موفقیت بیشتری دارند، لازم است.
- به‌نظر می‌رسد در شرایط فعلی ایران، استفاده از رسانه‌های گروهی به‌خصوص صداوسیما می‌تواند نقش بزرگی در آگاهی توده مردم داشته باشد. درخصوص ارائه‌دهندگان خدمت، برگزاری کنگره‌ها و سمینارها یا انتشار بولتن‌هایی که در آن به‌طور شفاف درخصوص تغییرات احتمالی و منافع آن برای پزشکان صحبت شده می‌تواند راهگشا باشد. سیاست‌گذاران کشور را نیز می‌توان با برگزاری جلسات مکرر و بازگویی مسائل و مشکلات با زبان مناسب با دغدغه‌های آنان توجیه نمود.

فصل دوازدهم

الزامها و راهبردهای کلان

الزام‌ها و راهبردها، عوامل بهره‌برداری مطلوب از فرصت‌های پیش‌رو، برای نیل به اهداف و سیاست‌های کلی محسوب شده و از محورهای اساسی و سیاست‌های کلی نظام نشئت گرفته‌اند. چهار الزام و راهبرد اصلی، اساس کار در تدوین سیاست ملی سلامت است که به‌منظور شفاف‌تر شدن موضوع، در ابتدا مبانی نظری بحث به‌طور مختصر ذکر شده و سپس راهبردهای مدنظر ارائه می‌گردد.

۱-۱۲ مبانی نظری

۱-۱-۱۲ نظام ارجاع

نظام ارجاع، سامانه دسترسی افراد به خدمات نظام سلامت در قالب مسیر هدایت شده و سطوح تعریف شده خدمات است. در این سامانه آحاد مردم برای دریافت خدمات سلامتی در سطح اول به پزشک خانواده به‌عنوان واحد اصلی ارائه و ثبت خدمات سلامتی (سلامت جسمی، روانی و اجتماعی) مراجعه کرده و در صورت نیاز به خدماتی که امکان ارائه آن توسط پزشک خانواده وجود ندارد، با معرفی و هدایت او به مراجع تخصصی بالاتر مراجعه می‌نمایند.

معمولاً در این نظام برای هر فرد پرونده سلامتی تشکیل می‌شود و افراد برای مدت معینی تحت نظر یک پزشک خانواده (به انتخاب خود) قرار می‌گیرند. کلیه اطلاعات بهداشتی، درمانی و هزینه‌ای افراد در پرونده سلامتی آنان ثبت شده و در صورت تغییر پزشک خانواده، این پرونده به پزشک خانواده جدید منتقل می‌شود.

پزشک خانواده یعنی طبیب جامع‌الاطراف (پزشکان عمومی و متخصصی که از آموزش‌های تکمیلی مورد نیاز برخوردارند یا متخصصان پزشک خانواده) که نگرشی

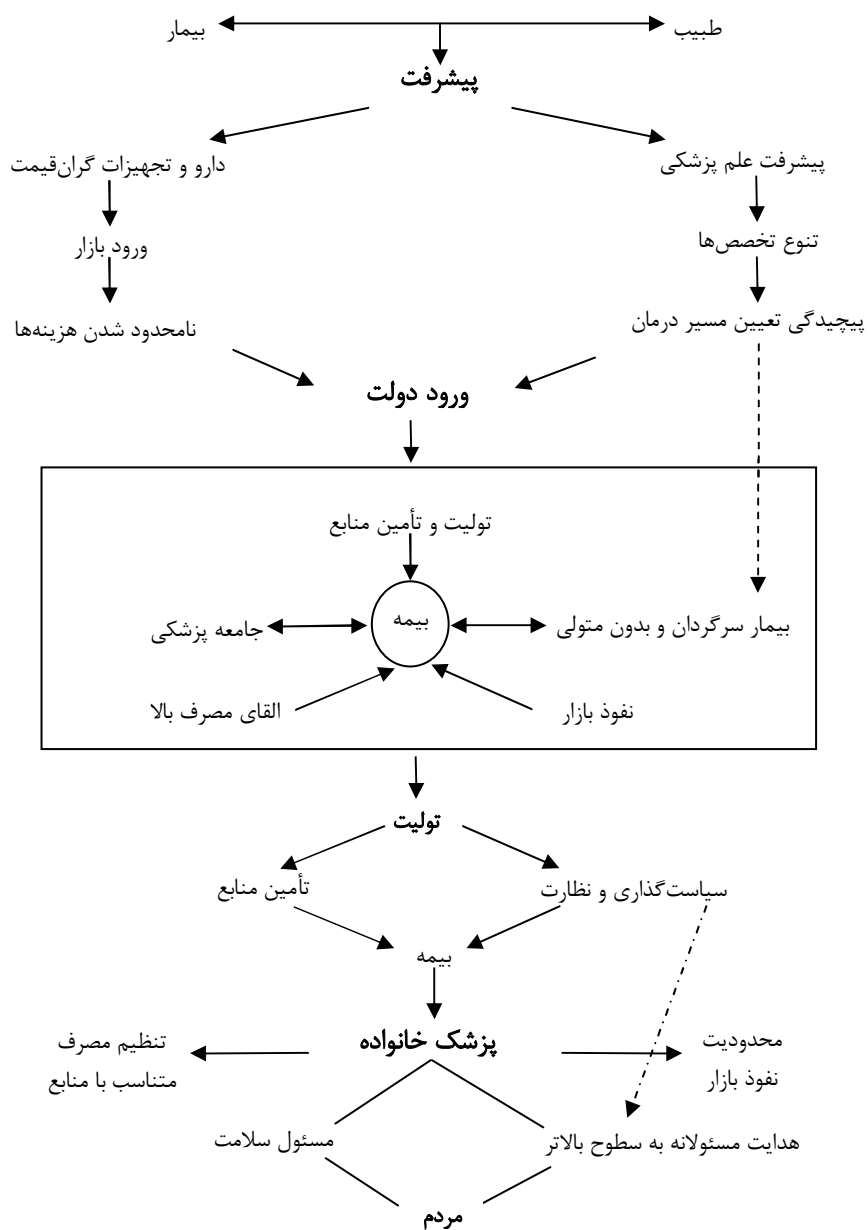
کامل به انسان از حیث توجه به مجموعه ارگان‌ها و لحاظ نمودن وضعیت روحی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی آن‌ها داشته و به دلیل ارتباط مستمر با تمام تخصص‌های پزشکی (ارجاع بیمار با گزارش و دریافت نتیجه کتبی اقدامات و نظرات متخصص)، به مرور به کلیات علم طب مسلط می‌شوند، این پزشکان، پناه (وکیل) بیماران در امر بهداشت و درمان و مسئول و پاسخ‌گو در مقابل بیمار و سازمان‌های بیمه‌گر (تأمین‌کننده منابع) بوده و به‌عنوان مؤثرترین ناظر عالم بر کم‌وکیف خدمات پزشکی، عملاً بازوی اجرایی برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی حاکمیت در امر بهداشت و درمان کشور محسوب می‌شوند.

۱-۱-۱۲ ضرورت اجرای نظام ارجاع

هدایت و کنترل تولید و مصرف خدمات سلامت در بسیاری از کشورهایی که در تأمین منابع مالی با مشکل یا محدودیت کمتری مواجه‌اند، اصلی پذیرفته شده و معمول است. درحالی‌که در کشور ما باوجود تأکید بر محدودیت‌های مالی و تنگناهای اعتباری به‌عنوان یک عامل اثرگذار، هنوز این اصل مورد توجه و اقدام جدی قرار نگرفته است. درمجموع در قرن گذشته، خدمات سلامت به دو شیوه ارائه شده است:

۱. شیوه‌ای که به «مدل داوسون» معروف بوده و روشی کاملاً نظام‌مند است. مبنای این روش، ارائه خدمت در جمعیت تعریف شده است و سازمان‌دهی و هماهنگی همه منابع در سطوح سه‌گانه سلامت در منطقه تعریف شده انجام می‌گیرد. در این روش، خدمات در سطوح مختلف به شکل منظم و برنامه‌ریزی شده و متمرکز بر خدمات اولیه به بیماران ارائه می‌شود. این شیوه در اکثر کشورهای اروپایی، آمریکای لاتین، کانادا و کشورهای حوزه اسکاندیناوی اجرا می‌شود.

۲. در شیوه دوم، بخش سلامت فاقد هرگونه نظام‌مندی است، و نقش پزشک به‌طور دقیق تعریف نشده و خدمات به‌طور آزاد، بدون برنامه و عمدتاً مبتنی بر خدمات تخصصی ارائه می‌شود. نمونه روش را می‌توان در آمریکا دید.



نمودار ۱-۱۲ روند شکل‌گیری نظام ارجاع در جهان

مطالعات نیم قرن گذشته در بخش سلامت نشانگر آن است که شیوه دوم علی‌رغم امکان انتخاب آزادتر، بسیار هزینه‌بر و فاقد سازمان و یکپارچگی بوده و رشد کنترل نشده خدمات، کاهش کیفیت، کارایی و پاسخ‌گویی را به همراه داشته است. امروزه بیشترین تلاش‌ها و بزرگ‌ترین اصلاحات مبتنی بر شیوه اول و همگام با اتخاذ روش‌هایی است که منجر به افزایش رضایتمندی مصرف‌کنندگان خدمات می‌شود. این شیوه، روش توصیه شده توسط سازمان‌های جهانی از جمله سازمان بهداشت جهانی و گروه مطالعات بین‌المللی دانشگاه هاروارد آمریکاست.

حتی بانک جهانی که سخنگوی آشکار و پنهان نظام‌های سرمایه‌داری است تأکید می‌کند که امر سلامت نباید به سازوکارهای بازار و روند عرضه و تقاضا واگذار شود؛ زیرا روش‌های مبتنی بر بازار، خدمات و کالاهای نوین و گران‌بها را براساس تمایل و توانایی پرداخت افراد در اختیارشان قرار می‌دهد. این در حالی است که سلامت به دلایل بسیاری از جمله عدم تقارن اطلاعات، پیچیدگی و عدم قطعیت در بروز مشکلات بهداشتی و درمانی، قدرت انحصاری پزشکان، وجود عوامل تأثیرگذار خارجی و فواید همگانی نمی‌تواند از قوانین بازار تبعیت کند (روند شکل‌گیری نظام ارجاع در نمودار ۱-۱۲ آورده شده است). در واقع باید گفت خدمات سلامت، نیازی حیاتی محسوب می‌شود که استفاده‌کننده حق صرف‌نظر از آن را ندارد و به هر قیمت — حتی به بهای از هم پاشیدگی شالوده زندگی — باید آن را تهیه نماید.

در مستندات و تجارب جهانی و مطالعات و یافته‌های داخلی دلایل زیادی برای اجرای نظام ارجاع وجود دارد که در ذیل به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

۱. شناخت کامل و متقابل پزشک و بیمار: موجب ایجاد اعتماد و به تبع آن احساس آرامش و تسکین بیمار در مراجعه برای درمان کلیه مشکلات جسمی و روحی‌اش می‌شود.
۲. تشکیل پرونده پزشکی: تشکیل و تکمیل آن به‌عنوان یک گنجینه ارزنده سوابق بیمار از بدو تولد، یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر است. چنین پرونده‌هایی را نمی‌توان در اختیار افراد یا کلیه پزشکان کشور قرار داد. پرونده پزشکی با کلیه گزارش‌های سلامت فرد در اختیار پزشک مسئول قرار می‌گیرد و با تغییر وی به پزشک مسئول بعدی منتقل می‌شود.
۳. توجه به موضوع پیشگیری: رسیدگی به وضعیت بهداشتی، تغذیه خانوار و

فرهنگ‌سازی برای کاهش علل بیماری‌ها و پیشگیری از بروز مجدد آن، لازمه دستیابی به سلامت کامل و از ارکان مراقبت‌های اولیه است که در حوزه مسئولیت پزشک خانواده قرار می‌گیرد.

۴. **درمان به موقع بیمار:** اگر انتخاب نوع تخصص پزشک به بیمار سپرده شود، ممکن است آخرین گزینه او از انتخاب چندین متخصص هم صحیح‌تر باشد، اما این امر موجب سرگردانی بیمار و از دست رفتن فرصت طلایی برای درمان وی می‌شود.

۵. **انتخاب علمی سیر درمان:** اگر انتخاب مسیر درمان توسط پزشک انجام شود، مسیر کوتاه‌تر و صحیح‌تری ترسیم می‌شود و اگر این مسیر توسط بیمار انتخاب شود، می‌تواند موجب سرگردانی بیمار شده و مسیر طولانی‌تر و پرهزینه‌تری را ترسیم نماید. ضمن آنکه در صورت قرار گرفتن بیمار در مسیر غلط درمانی یا درمان اشتباه، پزشک خانواده به‌عنوان مشاور پزشکی که در جریان پرونده قرار دارد می‌تواند نقش هدایت و صیانت از سلامت فرد را برعهده گیرد.

۶. **معالجه علمی:** مبتنی بر معاینه کامل و تنظیم برنامه درمانی بوده و گاه در چند مرحله صورت می‌گیرد. این امر منوط به‌جود تضمین برای مراجعات مجدد (در صورت ضرورت) و اجرای دستورات پزشکی و درمانی است.

۷. **اولویت دادن به معاینه بالینی:** باعث کاهش استفاده غیرضروری از خدمات پاراکلینیک، جلوگیری از مصرف بی‌رویه دارو و سایر عوارض احتمالی می‌شود.

۸. **جلوگیری از عوارض مصرف بی‌رویه دارو و خدمات پزشکی:** عدم هدایت صحیح بیمار سبب مراجعات مکرر و غیرضروری و در نتیجه مصرف بی‌رویه دارو و خدمات پزشکی می‌شود. از طرفی، نبود نظارت بر درمان باعث می‌شود که در برخی موارد آخرین اقدام درمانی به‌عنوان خط مقدم درمان مورد استفاده قرار گیرد. این امر علاوه‌بر هزینه‌بری، موجب عوارض ناخواسته برای بیمار می‌شود.

۹. **جلوگیری از سرگردانی بیمار:** پزشک خانواده با اطلاع از وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیمار و امکانات موجود منطقه، می‌تواند تجویزی علمی و منطبق با شرایط مذکور نماید. حال آنکه این امر توسط پزشکان مختلف و بی‌اطلاع از وضعیت بیمار، همیشه مقدور نیست.

۱۰. **هدایت امر درمان متناسب با اقتصاد جامعه:** هزینه سلامت نامحدود بوده و هیچ

جامعه‌ای توان اقتصادی تأمین بودجه آن را ندارد. بنابراین تعیین خدمات اولویت‌دار — براساس توان اقتصادی — ضروری است. تعیین اجرای سیاست‌های هدایت شده درمان جز توسط پزشک خانواده که مسئولیت بیمار را در مقابل بیمه و جامعه دارد و مطمئن‌ترین بازوی اجرایی سیاست‌های سلامت محسوب می‌شود، مقدور نیست.

۱۱. **تقویت جایگاه پزشک عمومی:** پزشک عمومی اساس و پایه طب محسوب می‌شود. گسترش دانش پزشکی و ایجاد تخصص‌های مختلف (با تمام مزایایی که دارد) موجب شده متخصصان در بسیاری از حوزه‌ها صرفاً به یک عضو بدن توجه کرده و از توجه به سایر اعضا باز بمانند. هر قدر تخصص‌ها و فوق تخصص‌ها در پزشکی متنوع‌تر شود، ضرورت پزشک عمومی که به انسان به‌عنوان مجموعه‌ای از اعضا و جوارح می‌نگرد و از تخصص‌ها به‌عنوان تکمیل‌کننده درمان مطلوب استفاده کرده و بیمار را به تخصص مورد نیاز هدایت می‌نماید؛ حیاتی‌تر می‌گردد.

۱۲. **حفظ تناسب میان پزشک عمومی و متخصص:** بی‌توجهی به این تناسب باعث افزایش مستمر رشته‌های تخصصی، افزایش بی‌رویه هزینه‌ها و در نهایت کاهش کیفیت خدمات می‌شود.

۱۳. **حفظ تقدس پزشکی و جلوگیری از تجاری شدن آن:** رابطه مالی می‌تواند خدمات مقدس پزشک را به کالا تبدیل کرده و نوع انتظار بیماران را تحت‌الشعاع قرار دهد. تقویت و همگانی شدن بیمه و تأمین مالی مناسب پزشکان، تقدس پزشکی را احیا می‌کند. اعتماد کامل بیمار به پزشک، از جمله شرایط ضروری در اثربخشی خدمات محسوب می‌شود. با افزایش اهمیت رابطه مالی و جنبه‌های تجاری، اعتماد بیمار به پزشک و به همان نسبت آرامش روانی بیمار که اثر جدی در بهبود جسمی او دارد کاهش می‌یابد.

۱۴. **تبدیل نظام سلامت از حالت منفعل به فعال:** در حال حاضر نظام سلامت کشور تنها هنگام مراجعه بیماران فعال می‌شود و هیچ‌گاه خود به‌دنبال کشف بیماری یا جلوگیری از بروز آن نمی‌رود. هدف غایی نظام ارجاع این است که پزشک خانواده به‌جای انتظار کشیدن برای مراجعه بیماران، خود به‌دنبال بیماریابی باشد. تحقق این امر موجب افزایش سطح سلامت، روشن شدن مشکلات جامعه و دستیابی به راهکارهای عملی برای رفع آن‌ها می‌گردد.

۲-۱-۱-۱۲ فواید نظام ارجاع

مخاطبان و بهره‌مندان از نظام سلامت را می‌توان به چهار گروه تقسیم‌بندی کرد: سیاست‌گذاران، ارائه‌کنندگان خدمات، بیمه‌گران و مردم.

فواید نظام ارجاع برای سیاست‌گذاران به‌قرار زیر است:

۱. اجرای سیاست‌های مصوب تضمین می‌شود.
 ۲. پوشش کامل و دسترسی (فراگیر و جامعیت تعهدات) برای آحاد جامعه فراهم می‌آید.
 ۳. ایده تشکیل پرونده ملی سلامتی (در صدر اقدامات سلامت) تحقق می‌یابد.
 ۴. زمینه پایش و نظارت (با مشخص شدن مسئولان) فراهم می‌شود.
 ۵. مدیریت و کنترل هزینه صورت گرفته و بهره‌وری افزایش می‌یابد.
 ۶. کیفیت خدمات ارتقا می‌یابد.
 ۷. خدمات به‌صورت فراگیر و مستمر ارائه می‌شود.
 ۸. استفاده بهینه از منابع انسانی صورت می‌گیرد.
 ۹. هماهنگی بین نقش‌آفرینان عرصه سلامتی ایجاد می‌شود.
 ۱۰. بستر لازم برای فرهنگ‌سازی (در مورد مصرف صحیح) فراهم می‌آید.
- فواید نظام ارجاع برای ارائه‌کنندگان خدمات (پزشکان عمومی) به‌شرح ذیل است:
۱. طبابت از طریق مراجعه به پرونده و سوابق پزشکی بیمار و اطمینان از مراجعه مجدد و دسترسی به او در طول درمان، شکل علمی پیدا می‌کند.
 ۲. به افزایش اشتغال انجامیده و درآمدها را متعادل می‌سازد.
 ۳. اطلاعات و معلومات پزشکان از طریق پیگیری بیماری و ارتباط مستمر با پزشکان متخصص ارتقا می‌یابد.
 ۴. به پزشک خانواده نقش مدیریتی داده می‌شود.
 ۵. جایگاه اجتماعی پزشکان عمومی ارتقا یافته و طب عمومی احیا می‌شود.
 ۶. نقش علمی پزشکان در پژوهش، ارتقای بهداشت، پیگیری و ثبت پرونده و ... احیا می‌گردد.

فواید نظام ارجاع برای ارائه‌دهندگان خدمات (پزشکان متخصص) به‌قرار زیر است:

۱. نقش علمی متخصصان را در انجام فعالیت علمی، ویزیت (تخصصی) بیماران، آموزش زیرشاخه‌های سلامت، پژوهش، پاسخ‌گویی و ... احیا می‌کند.

۲. حفظ درآمد از طریق مشاوره‌های درمانی و ارائه گزارش‌های بازخورد صورت می‌پذیرد.
۳. ضمن حذف بیماران غیرمرتبط از فهرست مراجعه‌کنندگان به پزشکان متخصص، درآمد مکفی برای آن‌ها تعیین شده و کیفیت خدمات را ارتقا می‌بخشد. بررسی‌ها نشان می‌دهد تعداد مراجعه روستاییان برای برخورداری از خدمات سلامت سی در هزار است، در صورتی که این رقم برای کارکنان دولت صد در هزار است. در صورت استقرار نظام غربالگری، افزایش بیماردهی همراه با کار دقیق‌تر و درآمد بیشتر برای پزشکان حاصل شده و حضور (محدود) پزشکان متخصص در مناطق محروم با فشار کار و میزان استرس کمتر همراه می‌گردد؛ زیرا با کاهش میزان مراجعات غیرتخصصی، یکی از دلایل فرار متخصصان از کار در مناطق محروم حذف می‌شود.
۴. موجب ترویج حضور پزشکان در مجامع علمی و ارتقای سطح دانش آن‌ها می‌شود. فواید نظام ارجاع برای بیمه‌گران به شرح زیر است:
 ۱. هزینه‌های سلامتی قابل پیش‌بینی، هدایت شده و متناسب با منابع می‌شود.
 ۲. بستر انجام محاسبات بیمه‌ای فراهم شده و بیمه درمان به‌عنوان یک صنعت معتبر تکامل می‌یابد.
 ۳. رضایتمندی بیمه‌شدگان را از طریق حفظ حرمت آنان توسط پزشک مسئول و پاسخ‌گو و نیز اعتبار بیمه و نقش آن را در جامعه افزایش می‌دهد.
 ۴. کنترل و نظارت مالی و درمانی را اعمال کرده و بیمه نقش خریدار آگاه و مطلع را پیدا می‌کند.
۵. کاهش هزینه‌های اداری و اجرایی را به همراه دارد.
۶. نوع نگرش از بیمه درمانی به بیمه سلامت تغییر می‌یابد.
۷. سهم مردم در پرداخت‌های تحمیل شده (متفرقه) برای خدمات پایه کاهش یافته و منابع سلامتی از طریق اعتماد مردم به سیستم بیمه‌ای معتبر و کارآمد و مشارکت بیشتر آنان افزایش می‌یابد. فواید نظام ارجاع برای مردم به‌قرار زیر است:
 ۱. با ورود پزشک مسئول در چرخه خدمات سلامت، بیماران مرجعی برای دریافت مطالبات خود می‌یابند.

۲. از اتلاف وقت و هزینه بیماران جلوگیری می‌شود.
۳. برای معاینه و بررسی مشکلات درمانی بیماران، وقت بیشتری صرف می‌شود.
۴. شأن و منزلت خانواده (پزشک و بیمار) رعایت می‌شود.
۵. تشخیص صحیح و بهنگام بیماری‌های نهفته امکان‌پذیر می‌شود.
۶. سابقه بیماری افراد از طریق تشکیل پرونده سلامت، ثبت و ضبط می‌شود.
۷. امکان نظارت و صیانت از سلامت افراد از طریق اطلاعات کامل و روزآمد امکان‌پذیر می‌گردد.
۸. خدمات به‌موقع و با کیفیت براساس نیاز واقعی افراد ارائه می‌شود.
۹. بیمار برای پیگیری نیازهای درمانی هرگز به حال خود رها نشده و همواره پزشک مسئول را به‌عنوان عضو خانواده به همراه دارد.

۳-۱-۱-۱۲ دلایل مخالفان

جمع‌بندی نظرات کارشناسان مبین این مطلب است که کلیه صاحب‌نظران و نهادهای بر این عقیده‌اند که اجرای نظام ارجاع در کشورمان بسیار ضروری است. در این بین دو نگرانی عمده وجود دارد: یکی کمبود منابع مالی و دیگری عدم صلاحیت پزشکان عمومی. درخصوص منابع مالی، خوشبختانه در سال‌های اخیر بودجه بخش سلامت در بودجه‌های سنواتی افزایش بسیار چشمگیری یافته و این نگرانی تا حد زیادی مرتفع شده است. درخصوص عدم صلاحیت پزشکان عمومی هم حتی اگر این فرض صحت داشته باشد، باید توجه داشت که در طرح‌های پیشنهادی برای برقراری نظام ارجاع تأکید شده که باید برای پزشکان دوره‌های بازآموزی و آموزش‌های تکمیلی برگزار شود، ولی نکته مهم این است که این پزشکان در حال حاضر به طبابت اشتغال دارند و برطبق قانون مجاز به انجام هر اقدام تشخیصی و درمانی بوده و در عمل نیز نظارتی بر کار آن‌ها صورت نمی‌گیرد. در این صورت آیا بهتر نیست که این پزشکان را در قالب اجرای نظام ارجاع موظف به رعایت راهکارهای طبابت بالینی کرده و بر کار آن‌ها نظارت علمی و عملی نمود؟

بعضی از صاحب‌نظران دلایلی را مطرح می‌کنند که براساس آن ضرورتی برای اجرای نظام ارجاع وجود ندارد. به‌عنوان مثال می‌گویند بدون نظام ارجاع و از طریق بیمه‌ها (یا کارت هوشمند) هم می‌توان اطلاعات مورد نظر را به‌دست آورده و پرونده

سلامت تشکیل داد، یا بدون نظام ارجاع نیز می‌توان راهکار طبابت را اجرایی نمود. در پاسخ به شبهه اول باید گفت که نظام ارجاع نیازمند اطلاعات دقیق، علمی، ضروری و بهنگام است. اگر بیمه مبنای اطلاعات قرار گیرد، هیچ‌کدام از این اهداف محقق نمی‌شود. ضمن آنکه اطلاعات زمانی به‌دست می‌آید که دیگر اتفاق (بیماری) رخ داده و امکان مداخله وجود ندارد.

در پاسخ به شبهه دوم هم باید گفت نظارت بر اجرای صحیح راهکارهای طبابت بدون اجرای نظام ارجاع عملی نیست؛ زیرا هیچ فرد یا نهاد مسئول (مطلع) و پاسخ‌گویی در این زمینه وجود ندارد. پزشکان بدون اطلاع از فعالیت یکدیگر و صرفاً براساس یافته‌های خود (که می‌تواند روزانه تغییر کند) اقدامات تکراری انجام می‌دهند، بدون آنکه واقعاً تقصیری متوجه آنان باشد و بتوان آن‌ها را بازخواست کرد.

۱۲-۱-۲ وضعیت بیمه‌های درمان

روشی که در حال حاضر در سازوکار بیمه‌های درمان کشورمان مورد استفاده قرار می‌گیرد به دلایل زیر منسوخ شده است:

۱. بیمار می‌تواند مسیر درمان را تعیین و ایجاد هزینه کند،
 ۲. ارائه‌کنندگان خدمات می‌توانند آگاهانه یا ناآگاهانه هزینه‌های غیرضروری ایجاد کنند،
 ۳. بیمه‌ها قادر به انجام محاسبات دقیق نیستند؛ زیرا تمایل به جمع‌آوری اطلاعات دقیق و واقعی از ضرورت‌های جامعه را ندارند.
- بر این اساس، سیاست‌گذاران نیز نمی‌توانند سیاست‌های خرد و کلان سلامت کشور را تعیین کنند. بنابراین، بازنگری کلی در این روش و ایجاد مسیر درمان قابل هدایت و متناسب با منابع و نیازهای جامعه ضروری است.

۱۲-۱-۳ اداره بیمارستان‌ها

در کشور ما به‌ازای هر ۱۰ هزار نفر ۱/۶ تخت بیمارستانی وجود دارد. این نسبت در کشور ژاپن ۹ و ۱۰ و در کشورهای حوزه اسکاندیناوی از آن هم بیشتر است. حداقل تخت مورد نیاز براساس برآورد سازمان بهداشت جهانی ۲/۶ تخت به‌ازای هر ۱۰ هزار نفر است ضریب اشغال تخت بیمارستانی هم در کشور ما حدود ۴۶ درصد و در کشورهای پیشرفته ۸۵

درصد است. به عبارت دیگر از امکانات ناکافی موجود نیز استفاده بهینه نمی‌شود. دولتی بودن حدود ۸۸ درصد از بیمارستان‌های کشور به همراه تعداد زیادی از متخصصان گروه‌های مختلف پزشکی، امکانات، تجهیزات و ... سرمایه عظیم ملی، مورد نیاز و حیاتی را در اختیار بخش تسهیلات و درمان قرار داده است. این مراکز می‌توانند از کارایی بیشتر و کیفیت بهتر برخوردار باشند، ولی پزشکان به‌خصوص در شهرهای پرجمعیت، این مراکز را محل کار فرعی خود تلقی کرده و اکثر قریب به اتفاق آنان با سرمایه‌گذاری‌های سنگین مبادرت به تهیه تجهیزات پزشکی برای مطب‌های خصوصی خود می‌نمایند. درحالی‌که پزشکان رکن اصلی و موتور محرک مراکز درمانی دولتی بوده و بدون حضور و صرف انرژی کامل آنان هیچ‌گاه این بیمارستان‌ها از فعالیت قابل انتظار، به‌خصوص از نظر کیفی برخوردار نمی‌شوند و بدین ترتیب تقاضای مردم از مراکز درمانی خصوصی روزبه‌روز بیشتر شده و منجر به تحمیل هزینه‌های غیرقابل تحمل به افراد کم‌درآمد و آشفتگی بیشتر بازار سلامت می‌گردد. علت اصلی این رفتار پزشکان را باید در عدم وجود امنیت اداری و تأمین مالی (معقول) و نداشتن اختیارات مدیریتی جستجو کرد. با واگذاری صحیح و نظام‌مند مدیریت بیمارستانی به پزشکان می‌توان این روند را اصلاح کرد. باید توجه داشت اصلاح وضع موجود تنها با استفاده تمام‌وقت از اعضای هیئت علمی و تأمین آنان، به دلایل زیر امکان‌پذیر نیست:

۱. اگر انگیزه لازم و تأمین مالی پزشکان صورت گیرد ولی اجزای دیگر سیستم کار خود را به‌خوبی انجام ندهد، باز هم مشکل به قوت خود باقی مانده و رضایت بیماران حاصل نمی‌شود.

۲. اگر پزشکان در هزینه‌های بیمارستان شریک نباشد، خواه‌ناخواه به برخی مسائل هزینه‌بر اهمیت داده نمی‌شود و در نتیجه میزان هزینه‌ها افزایش می‌یابد. به‌طور مثال یک دستگاه الکتروکاردیوگراف که در کشور تولیدکننده چند برابر عمر مفید خود (بالغ بر ده سال) مورد استفاده قرار می‌گیرد، در بیمارستان‌های دولتی کشور ما به دلیل عدم توجه و استفاده نامناسب، تنها حدود شش ماه عمر می‌کند.

۳. برای ایجاد افزایش کمی و ارتقای سطح کیفی کار (بیمارستان‌ها) و کاهش میزان هزینه‌ها باید به‌نحوی مجریان (پزشکان) در سود خدمات درمانی شریک شوند تا

انگیزه افزایش کارایی در آن‌ها تقویت گردد.

۱۲-۲ الزام‌ها و راهبردها

۱۲-۲-۱ سامان‌دهی تولید

برای سامان‌دهی تولید باید اصلاح مدیریت مراکز بهداشتی و درمانی در دستور کار قرار گیرد. به‌نحوی که پزشکان به‌عنوان رکن اصلی، مراکز درمانی دولتی را محل کار اصلی خود بدانند و حیثیت علمی و اجتماعی این مراکز به منزله حیثیت کارکنان و اداره کنندگان آن تلقی شود. در این حالت مردم به‌عنوان مشتری حق خود را مطالبه می‌کنند و دولت هم می‌تواند نظارت عالیه خود را اعمال نماید.

۱۲-۲-۲ سامان‌دهی مصرف

در سامان‌دهی مصرف باید چهار اقدام اساسی صورت گیرد:

۱. برقراری نظام ارجاع و پزشک خانواده،
۲. سطح‌بندی خدمات،
۳. طراحی بسته خدمت،
۴. تعیین راهکارهای طبابت.

۱۲-۲-۳ تأمین عدالت در دسترسی به خدمات

برای تأمین منابع مالی، باید ایجاد پوشش بیمه‌ای کامل و اصلاح قوانین مربوطه در دستور کار قرار گیرد. در اصلاح قوانین بیمه باید نحوه پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت، بازبینی اساسی شود همچنین سازوکارهای تعیین تعرفه‌های پزشکی به‌نحوی اصلاح شود که ضمن ایجاد تعادل در ارزش‌گذاری خدمات پزشکی، تعرفه‌های خدمات فنی از خدمات بالینی جدا شده و هزینه بستری به نحو صحیحی محاسبه گردد.

۱۲-۲-۴ حفظ کرامت انسانی

یکی از مهم‌ترین مشکلات نظام سلامت در ایران، بی‌توجهی به کرامت انسان‌هاست. حفظ

کرامت انسان‌ها در گرو اصلاح آموزش پزشکی است. در کشور ما به بهانه آموزش، سلامت، شأن و کرامت انسان‌ها به بازی گرفته می‌شود. اساتید و مربیان آموزش پزشکی انگیزه‌های لازم را ندارند و به همین دلیل، به‌خصوص در مواقع اورژانس و اوقات غیراداری، عملاً سرنوشت انسان‌ها به‌دست کارورزانی سپرده می‌شود که فاقد اطلاعات و مهارت‌های لازم‌اند. ضمن اینکه رزیدنت‌های ارشد نیز به‌دلیل مشکلات معیشتی و اجبار به دادن امتحانات تئوری متعدد، عملاً در مواقع ضروری بر بالین بیماران حضور نمی‌یابند. با اصلاح و تکمیل مواد آموزشی و اصلاح ساختار آموزش پزشکی، هم‌زمان با اصلاح مدیریت مراکز بهداشتی و درمانی، بستر سامان‌دهی آموزش و حفظ کرامت انسانی فراهم می‌شود.

فصل سیزدهم

جمع بندی

(اصول کلی سیاست ملی سلامت)

۱-۱۳ اصول کلی

اصول کلی سیاست ملی سلامت برای جمهوری اسلامی ایران را می‌توان به‌ترتیب زیر برشمرد:

۱. تأمین خدمات همگانی براساس نیاز سلامتی نه توانایی پرداخت،
۲. ایجاد تعادل بین منابع و مصارف سلامتی و تخصیص انحصاری منابع عمومی برای تأمین خدمات عمومی سلامتی (به‌گونه‌ای که این منابع در خدمات مازاد مانند بیمه‌های مکمل مصرف نشود)،
۳. تأمین طیف جامعی از خدمات سلامت (شامل مراقبت‌های اولیه و بعدی) با نگاه عدالت محور، هزینه اثربخشی، کارایی و کیفیت مطلوب،
۴. بازنگری در خدمات سلامت براساس نیاز، حجم بیماری‌ها، اولویت‌های سلامت کشور، رعایت حقوق بیمار و پاسخ‌گویی به تقاضاها و ترجیحات بیماران و خانواده آنان،
۵. پاسخ‌گویی به نیازهای مختلف سلامتی آحاد مردم بدون توجه به قومیت، مذهب، جنسیت، سطح اجتماعی و اقتصادی، معلولیت و منطقه جغرافیایی در راستای کاهش تفاوت‌های غیرمعقول و ارتقای استانداردهای خدمات در مناطق مختلف جغرافیایی با توجه ویژه به مناطق غیربرخوردار (و محروم)،
۶. تلاش در جهت بهبود مستمر کیفیت خدمات و کاهش خطاهای پزشکی در راستای بهبود کارایی، بهره‌وری و عملکرد نظام سلامت،
۷. پشتیبانی و ارزش‌گذاری به کارکنان بخش سلامت از طریق ایجاد تغییر در نظام پرداخت (مبتنی بر عملکرد)، تأمین فرصت‌های ارتقای شغلی، تشویق آموزش و توسعه مهارت کارکنان، تفویض اختیار مبتنی بر شایستگی و اعتماد متقابل و پاسخ‌گویی در قبال مسئولیت،
۸. آموزش و تربیت نیروی انسانی و رفع نارسایی‌های آموزش پزشکی با نگاه به حفظ

شأن و کرامت انسان‌ها (به‌خصوص بیمارانی که آموزش بالینی بدون حضور و همکاری آنان امکان‌پذیر نیست)،

۹. همکاری و همفکری با کلیه ایفاگران نقش در موضوع سلامتی به‌منظور تضمین خدمات مناسب و سریع برای بیماران از طریق مشارکت و همفکری با بیماران و خانواده آنان، همکاری بین بخش‌های سلامت، سازمان‌های دولتی مختلف، بخش عمومی، سازمان‌های داوطلب و کلیه فراهم‌کنندگان خصوصی (که خدمات را در اختیار بیماران قرار می‌دهند)،

۱۰. تلاش در جهت حفظ و ارتقای سلامت و کاهش نابرابری‌های سلامتی از طریق کوشش در پیشگیری از بروز بیماری‌ها و درمان عوارض سلامتی (با این نگاه که سلامت بستگی تام به عوامل اجتماعی، محیطی و اقتصادی مانند آموزش، مسکن، تغذیه و فقر دارد)،
۱۱. احترام و حفظ اسرار بیماران و تضمین دسترسی آزاد آنان به اطلاعات مربوط به خدمات سلامتی و عملکرد بخش سلامت با نگاه برخورداری مردم از علوم و فناوری‌های جدید براساس اولویت‌های سلامت کشور، امکانات بالفعل و بالقوه جامعه و براساس نیاز افراد (نه توانایی مالی آنان).

۱-۱۳ هدف نهایی

ایجاد تحول در سازوکار مراقبت‌های سلامتی به‌گونه‌ای که خدمات سریع‌تر و مناسب‌تر برای بهبود سلامت جامعه فراهم شده و از میزان نابرابری (بی‌عدالتی)‌های بخش سلامت کاسته شود و موجب افزایش کیفیت و سال‌های عمر سالم گردد و از این طریق نه تنها طول عمر افزایش یابد، بلکه کیفیت آن نیز بهبود پیدا کند.

۲-۱۳ اهداف و مقاصد عملیاتی

۱-۲-۱۳ بهبود وضعیت سلامت

هدف اول، کاهش نرخ مرگ‌ومیر ناشی از عوامل اصلی تا سال ۱۳۹۴ در بیماری‌های قلبی عروقی تا حداقل ۴۰ درصد (در افراد ۵۰ تا ۶۰ ساله)، در حوادث ترافیکی و حوادث غیر مترقبه تا ۵۰ درصد، در مرگ ناشی از بیماری‌های دوران بارداری تا ۸۰ درصد، در سرطان تا حداقل ۲۰ درصد و در خشونت تا حداقل ۲۰ درصد است. موضوع کلیدی برای دستیابی به

این هدف، استقرار چارچوب خدمات ملی برای بیماری‌های عروق کرونر و اصلاح امور مربوط به ترافیک است. یکی از اهداف این برنامه، کاهش شکاف سلامتی در میان کودکان و در طول زندگی در بین گروه‌های اجتماعی و اقتصادی مختلف، و بین مناطق محروم و سایر نقاط کشور است. در این راستا، برنامه‌ریزی برای از بین بردن مهم‌ترین مشکلات تهدیدکننده سلامتی به شرح زیر صورت می‌گیرد:

۱. حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی از جمله: حوادث ترافیکی، سقوط از بلندی، سوختگی، خودکشی (و اقدام به آن)، نزاع و قتل،
۲. بیماری‌های قلبی و عروقی از جمله: بیماری‌های ایسکمیک عضله قلب، سکته مغزی (و حوادث عروقی مغز) و فشار خون (و عوارض آن)،
۳. سرطان‌ها از جمله: سرطان معده، سرطان ریه، سرطان مری و سرطان پستان،
۴. مشکلات حین تولد از جمله: تولد زودهنگام،
۵. بیماری‌های دستگاه تنفسی از جمله: بیماری‌های قلبی و ریوی.

۲-۱۳ ارائه مؤثر مراقبت‌های مناسب

برای دستیابی به هدف دوم، انجام اقدامات زیر ضروری است:

۱. سامان‌دهی ارائه خدمات سلامت و تعیین مسئول سلامت برای آحاد مردم از طریق پزشک خانواده، انجام مؤثر سطح‌بندی خدمات، استقرار نظام هدایت بیمار در چرخه خدمات سلامتی از طریق سیستم ارجاع و تدوین پروتکل‌های درمانی استاندارد،
۲. تفکیک کامل کالای عمومی، شبه‌عمومی و خصوصی سلامت از یکدیگر و چگونگی ارائه آن‌ها از طریق ساماندهی نحوه اشتغال به کار کارکنان بخش سلامت در هرکدام از بخش‌های عمومی، خصوصی و سازمان‌های غیردولتی (به‌گونه‌ای که حتی‌الامکان از اشتغال دو یا چندگانه پرهیز شود)،
۳. تفکیک کامل بخش‌های سیاست‌گذاری، اجرایی، نظارت، ارزشیابی و جلوگیری از ایفای نقش چندگانه توسط افراد و نهادها،
۴. اصلاح شیوه مدیریت مراکز بهداشتی و درمانی دولتی از شیوه متمرکز فعلی به روش مشارکتی (فعال)،

۵. جلوگیری از ورود بی‌رویه تکنولوژی پیچیده و گران‌قیمت و سطح‌بندی فناوری‌های پیشرفته پزشکی با توجه به نیاز، اولویت‌های بخش سلامت و منابع قابل تخصیص، با نگاه عدالت‌محور، هزینه اثربخشی و کارایی در برخورداری بیماران از آن،
۶. اصلاح نظام تولید، توزیع و واردات دارو، ترویج فرهنگ تجویز و مصرف منطقی دارو، تدوین لیست داروهای اساسی و اصلاح فرایند تنظیم فهرست دارویی،
۷. دستیابی به پوشش همگانی مراقبت‌های سلامتی مطابق استانداردهای سازمان جهانی بهداشت از طریق تأمین پایدار منابع و تضمین دسترسی عادلانه آحاد مردم به مراقبت‌های سلامتی پایه (که با پیشنهاد دولت به تصویب مجلس شورای اسلامی خواهد رسید، به‌گونه‌ای که شاخص مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع سلامت طی یک‌سال به دست کم نود صدم و سهم پرداخت مستقیم آنان به حداکثر سی درصد رسیده و هیچ خانواری به‌واسطه مخارج سلامت به مرز هزینه‌های کمرشکن نرسد)،
۸. بهبود سطح آموزش، مهارت‌آموزی و نتایج اشتغال برای کلیه افراد زیر ۲۵ سال (به‌گونه‌ای که این رقم حتی‌المقدور تمامی افراد جوان ساکن در یک منطقه را طی یک برنامه چهارساله پوشش دهد)،
۹. فراهم‌سازی مراقبت و راهنمایی مورد نیاز برای کاهش شکاف بین کودکان، با نگاه ویژه به کودکان کار، کودکان خیابانی و کودکان بی‌سرپرست و به حداکثر رساندن مشارکت مردم در مراقبت از آنان طی برنامه شش‌ساله،
۱۰. افزایش میزان مشارکت معتادان مسئله‌دار در برنامه‌های ترک اعتیاد به ۵۵ درصد طی برنامه شش‌ساله و ۱۰۰ درصد طی برنامه ده ساله،
۱۱. تأمین مراقبت‌های کیفی قبل از بستری و بازتوانی کلیه بیماران به‌ویژه سالمندان به‌منظور کمک به استقلال آنان از طریق کاهش میزان بستری شدن‌های قابل پیشگیری و تضمین کاهش سالانه آن‌ها،
۱۲. تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای واقعی جامعه، ایجاد پیوند بین آموزش پزشکی و محیط طبابت آنان در آینده، تأکید بر حفظ مبانی اخلاقی و انسانی در آموزش، و ایجاد زمینه آموزش سلامت‌نگر (مراقبت‌های اولیه و بعدی) از طریق آموزش پزشکی جامعه‌نگر.

۱۳-۲-۳ ایجاد زیرساخت‌های پایگاه داده‌ای

با توجه به نبود سیستم جمع‌آوری مناسب داده‌ها برای پایش میزان دستیابی به اهداف تعیین شده در قالب برنامه‌های سلامت، تعریف عملیاتی چگونگی جمع‌آوری داده‌های قابل مقایسه در سطح ملی، استانی، شهری، روستایی و ... صورت گرفته و زیرساخت لازم برای ایجاد پایگاه داده‌ای به‌منظور جمع‌آوری داده‌های مربوط به نشانگرهای وضعیت سلامت، نیازهای داده‌ای اولویت‌دار، اهداف مربوط به داده‌های مرگ‌ومیر و حجم بیماری‌ها و سایر اهداف سلامت با همکاری بخش‌های مربوط از جمله: وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه، سازمان تأمین اجتماعی، آموزش و پرورش، علوم، تحقیقات و فناوری، جهاد کشاورزی، دادگستری، کار و امور اجتماعی، راه و ترابری، کشور، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور، سازمان حفاظت محیط زیست، سازمان تربیت بدنی، مرکز آمار ایران و ... تا پایان سال ۱۳۸۶ فراهم خواهد آمد.

۱۳-۲-۴ تأمین منابع و روش هزینه‌کرد منابع

هم‌اکنون از روش‌های متفاوتی برای تأمین مالی بخش سلامت استفاده می‌شود. با در نظر گرفتن مفاد قانون اساسی و قوانین رایج کشور باید به سمت تأمین پایدار منابع از طریق تخصیص درصدی از حقوق و دستمزد حرکت کرد. بدیهی است در این روش دولت می‌تواند سهم افراد بی‌بضاعت را از محل منابع عمومی پرداخت کند. در بخش هزینه‌ای نیز باید رویکردها به سمت تجمیع ردیف‌های بودجه‌ای رفته و نظام‌های پرداخت از وقت‌مزدی به کارمزدی تغییر یابد.

۱۳-۳ نشانگرهای اصلی سلامت

برای دستیابی به اهداف فوق، تدوین نشانگرهای سلامت با توجه به چالش‌ها، اولویت‌ها، منابع موجود و قابل تخصیص، فرهنگ بومی، باورها و اعتقادات مردم ضروری است. این نشانگرها باید منعکس‌کننده نگرش‌های عمده در موضوع سلامت عمومی کشور بوده و علت انتخاب آن‌ها، وجود داده‌ها و قابلیت اندازه‌گیری پیشرفت این نشانگرهاست. نشانگرها به‌گونه‌ای انتخاب می‌شوند که توانایی ایجاد انگیزه برای فعالیت را داشته باشند

و به افراد کمک می‌کنند تا به سهولت اهمیت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها را درک کرده و در فعالیتهای مربوط به بهبود سلامت مشارکت نمایند. نشانگرها مشخص‌کننده رفتارهای فردی، عوامل محیطی اجتماعی و فیزیکی و موضوعات مهم سازوکار سلامتی است که بر سلامت افراد و جوامع اثر می‌گذارد.

تدوین استراتژی و عملیات اجرایی برای دستیابی به اهداف سه‌گانه یادشده در راستای این نشانگرها، اثر قابل توجهی بر افزایش طول عمر، کیفیت زندگی و رفع نابرابری‌های سلامت دارد. در هرکدام از این نشانگرها اثر آموزش و درآمد پدیدار است؛ زیرا مطالعات نشان می‌دهد افرادی که پایین‌ترین سطح سلامت را دارند، از بالاترین سطح فقر و حداقل سطح دانش کلاسیک برخوردار بوده و بیماری‌هایی مانند دیابت، چاقی، افزایش سطح سرب خون، بیماری‌های قلبی و عروقی، و ... در آنها شایع‌تر است. نشانگرهای اصلی سلامت (پیشنهادی برای ایران) به‌قرار زیر است:

۱-۳-۱۳ دسترسی به مراقبت‌های سلامت

عوامل مؤثر در تعیین دسترسی کیفی به مراقبت‌های سلامتی شامل مواردی چون برخورداری از بیمه سلامت (پوشش همگانی بیمه سلامت تا پایان سال ۱۳۸۵)، سطح درآمدی بالا، برخورداری منظم از یک فراهم‌کننده مراقبت‌های اولیه (استقرار کامل تیم پزشک خانواده و نظام ارجاع در جهت برخورداری از خدمات سطوح دوم و سوم تا پایان سال ۱۳۸۶) و ... است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که اشخاص دارای بیمه، خدمات مناسب‌تر و بیشتری را دریافت کرده و به میزان دو برابر غیربیمه‌شدگان از خدمات منظم کنترل سلامت بهره می‌برند. استفاده از خدمات پیشگیرانه مانند مراقبت‌های قبل از زایمان، شاخص دسترسی کیفی به مراقبت‌ها تلقی می‌شود (پوشش کامل مادران باردار تا پایان سال ۱۳۸۵). هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در این زمینه عبارت است از:

۱. افزایش تعداد اشخاص دارای بیمه سلامت،
۲. افزایش تعداد اشخاص برخوردار از مراقبت‌های سلامت (پزشک خانواده)،
۳. افزایش تعداد زنان باردار که از مراقبت‌های قبل از زایمان در سه ماهه اول حاملگی برخوردارند.

۱۳-۳-۲ فعالیت فیزیکی

فعالیت فیزیکی منظم موجب کاهش نرخ مرگ‌ومیر در کلیه رده‌های سنی بزرگسال شده و خطر دیابت، چاقی، فشارخون و سرطان روده را کاهش می‌دهد. همچنین در افزایش قدرت ماهیچه‌ای و استخوانی و حجم آن‌ها، کاهش چربی بدن، کنترل وزن و سلامت روحی روانی مؤثر بوده و خطر بروز افسردگی را می‌کاهد. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

۱. افزایش تعداد نوجوانانی که فعالیت فیزیکی شدید را به‌منظور تقویت تناسب قلبی و عروقی سه روز (یا بیشتر) در هفته و هر بار به مدت ۲۰ دقیقه (یا بیشتر) انجام می‌دهند،
۲. افزایش تعداد بزرگسالانی که به‌طور منظم (ترجیحاً روزانه) فعالیت فیزیکی متوسطی را به مدت حداقل ۳۰ دقیقه در روز انجام می‌دهند.

۱۳-۳-۳ اضافه وزن و چاقی

اضافه وزن و چاقی، عامل عمده و تعیین‌کننده در بسیاری از مرگ‌های قابل پیشگیری بوده و موجب افزایش خطر فشارخون، کلسترول بالا، دیابت نوع دوم، سکت قلبی، سنگ کیسه صفرا، آرتروز و اختلال خواب می‌شود. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان کودکان، افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

۱. کاهش تعداد کودکان و نوجوانان چاق یا دارای اضافه وزن،
۲. کاهش تعداد بزرگسالان چاق،
۳. افزایش قد کودکان در مناطقی که شاخص میزان قد کمتر از استاندارد تعیین شده است، به‌خصوص در مناطق محروم روستایی.

۱۳-۳-۴ ایمن‌سازی

واکسن‌ها مهم‌ترین دست‌یافته بشر در قرن بیستم محسوب می‌شود. ایمن‌سازی با واکسن، از معلولیت و مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های عفونی پیشگیری کرده و از انتشار عفونت در درون جوامع جلوگیری می‌نماید. بسیاری از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن هم‌اکنون تحت کنترل درآمده است، آبله ریشه‌کن شده و فلج اطفال در حال ریشه‌کن شدن است.

ایمن‌سازی علیه آنفولانزا و بیماری‌های پنوموکوکی می‌تواند از شیوع و وخیم‌تر شدن بیماری در بزرگسالان مستعد جلوگیری کند. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

۱. افزایش تعداد و پوشش کامل کودکانی که کلیه واکسن‌ها را (براساس توصیه‌های جهانی) تا حداقل پنج سالگی دریافت کرده‌اند،
۲. افزایش تعداد بزرگسالان مستعد بیماری که سالانه بر علیه آنفولانزا واکسینه شده و در مقابل پنوموکوک ایمن شده‌اند.

۵-۳-۱۳ کیفیت محیط زیست

۲۵ درصد از بیماری‌های قابل پیشگیری در جهان از کیفیت نامناسب محیط زیست ناشی می‌شود. دو شاخص اصلی برای سنجش کیفیت محیط زیست، لایه ازن برای سنجش کیفیت هوای فضاهای باز و دود سیگار برای سنجش هوای فضاهای بسته است. محیط فیزیکی و اجتماعی نقش مهمی در سلامت افراد و جوامع دارد. محیط فیزیکی شامل هوا، آب و خاک (که از طریق آن‌ها تماس با آلاینده‌های شیمیایی، بیولوژیک و فیزیکی صورت می‌گیرد) بوده و نحوه دفع زباله و پسماندها در سلامت آن نقش بسزایی دارد. محیط اجتماعی هم شامل منازل، حمل‌ونقل، توسعه شهری، صنایع و کشاورزی بوده و مواردی چون فشارها و استرس‌های محیط کار، حوادث و خشونت در آن اتفاق می‌افتد. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

۱. کاهش تعداد افراد در تماس با هوای فاقد استانداردهای حفاظت محیط زیست درخصوص لایه ازن،
۲. کاهش تعداد افراد غیرسیگاری در تماس با محیط‌های آلوده به دود سیگار.

۶-۳-۱۳ استعمال دخانیات

کشیدن سیگار تنها عامل مهم قابل پیشگیری از بیماری و مرگ‌ومیر بوده و نسبت به ایدز، مشروبات الکلی، کوکائین، هروئین، آدمکشی، خودکشی، تصادفات و آتش‌سوزی در کشورهای پیشرفته، موجب مرگ‌ومیر بیشتری می‌شود. استعمال دخانیات اصلی‌ترین

عامل خطرزا برای بیماری‌های قلبی، سکت، سرطان ریه و بیماری‌های مزمن ریوی است. کشیدن سیگار در دوران بارداری منجر به سقط جنین، تولد نوزاد نارس و سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار می‌شود. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

۱. کاهش استعمال دخانیات در میان نوجوانان،

۲. کاهش استعمال دخانیات در میان افراد بالغ.

۱۳-۳-۷ اعتیاد به مواد مخدر

مواد مخدر عامل بسیاری از مشکلات جدی از جمله خشونت، حوادث و بیماری ایدز بوده و موجب بروز انحرافات اجتماعی (مانند خودفروشی، فحشا و سوءاستفاده جنسی از همسر و فرزندان)، کاهش بهره‌وری نیروی کار و بی‌خانمانی می‌شود. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

۱. افزایش تعداد نوجوانانی که طی ۳۰ روز گذشته از مواد مخدر استفاده نکرده‌اند،

۲. کاهش تعداد افراد بالغی که طی ۳۰ روز گذشته از مواد غیرقانونی استفاده کرده‌اند.

۱۳-۳-۸ سلامت روان

سالانه به‌طور متوسط حدود ۲۰ درصد از مردم به بیماری‌های روانی مبتلا می‌شوند. در ایران افسردگی حدود ۶ درصد و اختلالات سایکوتیک ۲ درصد از حجم بیماری‌ها را به خود اختصاص داده و بیش از دوسوم خودکشی‌ها در سال ناشی از افسردگی عمده^۱ می‌باشد. سلامت روان عبارت است از کارکرد موفق (روانی) افراد که منجر به فعالیت دارای بهره‌وری، روابط قابل قبول و توانایی سازگاری با تغییرات شده و ارتباط مستقیم با سلامت جسمی، ارتباطات خانوادگی و مشارکت اجتماعی افراد دارد. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از: افزایش تعداد بزرگسالانی که افسردگی شناخته شده داشته و درمان لازم را دریافت کرده‌اند.

1. Major Depression

۹-۳-۱۳ حوادث و خشونت

روزانه حدود ۱۷۰ نفر در اثر حوادث ترافیکی، مسمومیت، خفگی، سقوط از بلندی، آتش‌سوزی، غرق‌شدگی و خشونت می‌میرند. شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر ناشی از حوادث مربوط به تصادف وسائط نقلیه بوده و بیشتر آن‌ها قابل پیش‌بینی و پیشگیری است. افزایش استفاده از کمر بند ایمنی و کاهش سرعت وسائط نقلیه، دو ابزار مهم و مؤثر در کاهش صدمات و میزان مرگ‌ومیر ناشی از تصادفات است، اصلاح جاده‌ها و افزایش تجهیزات ایمنی راه‌ها از طریق شناسایی نقاط و محورهای حادثه‌خیز در کاهش بروز تصادفات نقش بسزایی دارد. هدف تعیین شده برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت در میان افراد بالغ و بزرگسالان عبارت است از:

۱. کاهش مرگ‌ومیر ناشی از تصادف،
۲. کاهش قتل و خودکشی،
۳. کاهش حوادث حمل‌ونقل به میزان پنجاه درصد.

منابع و مأخذ

حسن‌زاده، علی و همکاران. طراحی و استقرار نظام ارجاع در قالب سطوح تعریف شده خدمات، ستاد اصلاح نظام سلامت، تیر ۱۳۸۲.

سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴.

عزیزی، فریدون. آموزش علوم پزشکی، چالش‌ها و چشم‌اندازها، معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پاییز ۱۳۸۲.

گزارش سال ۲۰۰۲ سازمان جهانی بهداشت.

گزارش سرانه عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر، دبیرخانه شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور، ۱۳۸۲. نقوی، محسن. تعیین الگوی بهره‌مندی جمعیت ساکن در جمهوری اسلامی ایران از خدمات سلامتی، مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت، دبیرخانه تحقیقات کاربردی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، اسفند ۱۳۸۱.

نقوی، محسن و همکاران. سیمای مرگ‌ومیر، بار بیماری‌ها و اولویت‌های سلامت کشور، مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت، دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۲.

Breman Anna and Shellon, Carolyn, *Structural Adjustment and Health*, june 2001, World Bank.

Donaldson, Cam and Karen, Gerard, *Economics of Health Care Financing*, 1994, Mac Millen Publishing.

Green, Andrew, *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*, 1999.

J. Roberts, Marc and Hsiao, William, *Getting Heath Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*, 2004, Oxford University.

Macroeconomics & Health: Investing in Health for Economic Development (Report of commission).

S. Preker Alexander and C. Lange Brunner, John, *Spending Wisely: Buying Health Services for The Poor*, 2005, The Bank for Reconstruction and Development, The World Bank.

Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Social Health Insurance, 25 May 2005, at: <http://www.who.int/gb/ebwha>.

The First Millennium Development Goals Report 2004: Achievements and Challenges, Tehran, November 2004, at: <http://www.imps.ac.ir/announcement/>.

The NHS Plan, July 2000, at: www.hmso.gov.uk.

www.europa-eu-int/index-en.htm/comm/employment-social/missoc/2002.

www.healthy people.gov.