

# به نام خدا

بررسی طرح تحول سلامت و تطابق آن با مدل اندرسون

تهیه و تنظیم: سعید چوپان خانیکی

دانشجوی کارشناسی ارشد سیاستگذاری عمومی

دانشگاه تهران

## طرح تحول سلامت در قانون برنامه ششم توسعه

### ماده ۷۲

تولیت نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست‌گذاری اجرائی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می‌گردد. کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی، از جمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، سازمان‌ها و شرکتهای بیمه پایه و تکمیلی، موظفند از خطمشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح‌بندی خدمات، تبعیت کنند.

از زمان ابلاغ این قانون، سازمان بیمه سلامت از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منتزع و با حفظ شخصیت حقوقی و استقلال مالی و کلیه امکانات براساس اساسنامه‌ای که به تصویب هیأت وزیران می‌رسد، وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اداره می‌شود. اساسنامه این سازمان مطابق با قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ و در قالب شرکت دولتی به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

### موضوع اصلی ماده

طرح تحول سلامت و بیمه همگانی ایرانیان

## جایگاه سلامت در قانون اساسی

در اصول ۴۳، ۲۱، ۳، ۲۹ قانون اساسی بر موضوع سلامت و آموزش تاکید شده است. اصل ۲۹ قانون اساسی، تامین دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را وظایف دولت بر شمرده و آمده است: " برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی، دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک به یک افراد کشور تامین کند. "

در اصل ۴۳ قانون اساسی، تامین نیازهای اساسی مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان و آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده و در بند ۱۲ اصل ۳ برطرف ساختن هر نوع محدودیت در زمینه های تغذیه، مسکن، کار و بهداشت مورد تاکید قرار گرفته است. حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند و حمایت از کودکان بی سرپرست در اصل ۲۱ قانون اساسی یادآوری شده است.

## جایگاه سلامت در اسناد بالا دستی

در سیاستهای کلان کشور در برنامه های توسعه اول تا چهارم به موضوع سلامت توجه ویژه شده است. مواد ۸۴ تا ۹۴ و همچنین مواد ۹۶، ۹۷ و ۱۰۳ قانون برنامه پنج ساله چهارم به طور روشن وظایف بخش سلامت در خصوص تحقق عدالت را مشخص کرده است. در ماده ۸۴ موضوع امنیت غذا و تغذیه در کشور و تامین سبد غذایی مطلوب و کاهش بیماری های ناشی از سوء تغذیه مورد توجه قرار گرفته است. در ماده ۴۰ همین قانون موضوع تامین عدالت اقتصادی در سلامت مورد توجه قرار گرفته و به صراحت بیان کرده است که مهم سلامت از

درآمد ناخالص ملی باید از ۵,۷ درصد تا پایان برنامه پنج ساله چهارم به ۷ درصد برسد و سهم پرداخت مردم به ۳۰ درصد کاهش یابد و سهم بودجه عمومی به ۷۵ درصد ارتقا یابد . ماده ۹۱ قانون بر برقراری نظام پزشکی خانواده و ارجاع و ماده ۹۲ بر درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی تاکید دارد ماده ۸۶ و ۹۷ برنامه چهارم توسعه ، دولت مکلف به اجرای برنامه کاهش آسیب در معتادان و گروههای آسیب پذیر و در اولویت قرار دادن برنامه های کاهش آسیب نموده است .

ماده ۹۶ نیز تامین غذای سالم و کافی و توانمند کردن مردم و موضوع نیازهای اساسی توسعه را مورد توجه قرار داده است .

در راستای اجرای قوانین فوق تلاش های گسترده وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمانهای مرتبط روز به روز در حال سرعت و شتاب است .

مواد ۳۲ تا ۳۷ قانون برنامه توسعه پنجم به موضوع سلامت اختصاص داشت و مواردی مانند، اجرای کامل برنامه پزشکی خانواده در طول این برنامه، اجرای استانداردهای پیوست سلامت برای تمام قوانین و طرح های ملی، ایجاد سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت، اجرای نظام ارجاع و توسعه مراکز سلامت بر اساس نظام سطح بندی از مواد این برنامه بود. علاوه بر آن هیئت امنایی شدن دانشگاه های علوم پزشکی، اجرای گاید لاین ها(راهنماهای درمانی) و تمام وقت شدن تمام پزشکان شاغل در بخش دولتی در صورت واقعی شدن تعرفه های خدمات سلامت در برنامه پنجم توسعه تصویب شده بود.

معرفی فهرست مواد و فرآورده های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب غذایی برای گروه های سنی مختلف، اعلام میزان مجاز سموم کشاورزی، توسعه طب سنتی و فرآورده های داروهای گیاهی، استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان و اعلام خدمات و کالاهای آسیب رسان

به سلامت و ممنوعیت تبلیغ آنها نیز جزو مواد قانون برنامه توسعه پنجم بود که بسیاری از این مواد تا پایان این برنامه اجرا نشد.

### طرح تحول نظام سلامت

طرح تحول نظام سلامت طرحی برای بهبود سیستم‌های سلامت ایران است که از ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۳ در دولت یازدهم جمهوری اسلامی ایران و در زمان وزارت دکتر قاضی زاده هاشمی در بیمارستان‌های وزارت بهداشت آغاز به کار کرد. تحول در نظام سلامت با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات اجرا شد.

### اهداف طرح تحول سلامت

اهداف نهایی طرح تحول نظام سلامت به شرح زیر است:

افزایش پاسخگویی نظام سلامت

کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم

کاهش درصد خانوارهایی که بخاطر دریافت خدمات سلامت دچار هزینه کمرشکن شده‌اند

بهبود پی آمدهای بیماران اورژانسی

برای رسیدن به این اهداف مجموعه دستورالعمل‌هایی تعیین شده است که به شرح زیر است:

◀ برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت

و درمان و آموزش پزشکی

◀ حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

- ◀ برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
- ◀ برنامه ارتقای خدمات ویزیت در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
- ◀ برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
- ◀ برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب العلاج
- ◀ برنامه ترویج زایمان طبیعی

هر کدام از این دستور العمل ها نیز خود دارای مجموعه ای از تبصره ها و بخش نامه هستند.

## ۱ - برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری

- ◀ **هدف کلی:**
- حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه های سلامت از طریق ساماندهی تامین خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران
- ◀ **اهداف اختصاصی:**
- کاهش پرداخت مستقیم بیماران واجد بیمه سلامت به میزان ۱۰٪ کل هزینه بستری
- جلوگیری از ارجاع بیماران برای خرید دارو، تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی
- ◀ **شمول دستورالعمل**
- تمامی بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
- ◀ **بسته خدمات :**
- دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی ( تحت پوشش بیمه پایه - خارج از پوشش بیمه پایه

## - خدمات تشخیصی و درمانی

خدمات تشخیصی و درمانی خارج از پوشش بیمه به غیر از موارد ذیل تحت پوشش برنامه می باشد:

هزینه های جراحی و تشخیصی و درمانی زیبایی

هزینه اقامت در اتاق یک تخته

هزینه اقامت در اتاق vip

هزینه خدمات ناشی از ضرب و جرح

خدمات مشمول بیمه تکمیلی ( تعهدات بیمه تکمیلی طبق روال قبل اجرا می شود).

- **زنجیره تامین خدمات تشخیصی و درمانی :**
- بیمارستان موظف است تمامی خدمات مورد نیاز بیمار که در فهرست بیمه پایه و برنامه می باشد را به بیماران عرضه نماید.
- در صورتی که بیمارستانی امکان ارائه همه خدمات مورد نیاز بیماران را نداشته باشد بر اساس زنجیره ارجاع بین بیمارستانی مصوب ستاد دانشگاه عمل می نماید.
- مسئولیت و هزینه نقل و انتقال بیماران به عهده بیمارستان ارجاع دهنده می باشد.

## ۲- برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

### ◀ هدف کلی:

- ارتقای کیفیت خدمات سلامت در مناطق کمتر توسعه یافته کشور با هدف افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت

### ◀ هدف اختصاصی:

- جذب و ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر توسعه یافته
- ارتقای عدالت در دسترسی و بهره مندی مردم به خدمات سلامت در مناطق محروم
- کاهش پرداخت از جیب مردم
- ساماندهی مناسب تر نظام ارجاع در سطح تخصصی در مناطق کمتر توسعه یافته
- حذف پرداخت های غیررسمی در این مناطق
- اجرای صحیح نظام سطح بندی در بخش نیروی انسانی

### ◀ شمول دستورالعمل:

- کلیه پزشکان متخصص و پزشکان شاغل در اورژانس بیمارستان ها

### نحوه امتیازدهی به شهر/ شهرستان بر اساس معیار های

ضریب محرومیت

درجه بدی آب و هوا

مرزی و غیر مرزی بودن

جمعیت شهر

امتیاز مربوط به شرایط اجتماعی - اقتصادی - فرهنگی و تسهیلات جذب پزشک



## دسته بندی شهر/ شهرستان

الف) شهرستان های با امتیاز ۶۱ و بیشتر

ب) شهرستان های بین ۵۱ تا ۶۰ امتیاز

ج) شهرستان های بین ۴۱ تا ۵۰ امتیاز

د) شهرستان های بین ۳۱ تا ۴۰

## اصلی ترین معیارهای ارزیابی عملکرد پزشکان

انجام به موقع ویزیت بیماران

تعیین تکلیف بیماران اورژانس در حداقل زمان ممکن

حضور به موقع در اتاق عمل و حضور سریع بر بالین بیمار

رعایت اندیکاسیون های بستری در بخش های درمانی

رعایت گایدلاین های ابلاغی وزارت بهداشت

حضور فیزیکی در مرکز درمانی

انجام مقیمی و آنکالی حسب نیاز دانشگاه

### ۳- برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان

#### ◀ هدف کلی:

- بهره مندی به هنگام مردم از خدمات درمانی از طریق حضور دائم پزشکان متخصص در بیمارستان

#### ◀ هدف اختصاصی :

- ارائه به موقع خدمات درمانی
- پاسخگویی ۲۴ ساعته بیمارستان
- تعیین تکلیف بیماران توسط متخصص مربوط در بخش اورژانس
- انجام به موقع ویزیت بیماران
- افزایش رضایتمندی مردم

#### ◀ شمول دستورالعمل :

- پزشکان متخصص

#### ◀ مراکز مشمول طرح :

- بیمارستان های بالای ۶۴ تخت فعال

### ۴- برنامه ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان

#### ◀ هدف کلی :

- حداکثر استفاده از امکانات آموزشی
- افزایش انگیزه ارائه دهندگان خدمت
- ارتقای کیفیت ویزیت
- ماندگاری پزشکان در بخش دولتی

#### ◀ هدف اختصاصی:

- افزایش انگیزه ارائه دهندگان خدمات و ماندگاری پزشکان
- حفظ و افزایش تعداد اعضای هیئت علمی تمام وقت
- استاندارد سازی و ارتقای کیفیت در ارائه خدمات ویزیت سرپایی
- افزایش رضایت بیماران مراجعه کننده
- تغییر رفتار پزشکان و ایجاد تمایل به سمت فعالیت در کلینیک ویژه

#### ◀ شمول دستورالعمل:

- پزشکان غیرهیئت علمی - اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی

### ۵- برنامه ارتقاء کیفیت هتلینگ بیمارستان ها

#### ◀ هدف کلی :

- یکپارچگی کمی و کیفی خدمات هتلینگ و استاندارد سازی آنها بر اساس نیازها و انتظارات خدمت گیرندگان

#### ◀ اهداف اختصاصی:

- رتبه بندی کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستان ها تحت پوشش
- ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ در همه بیمارستان ها
- ایجاد تعریفی واحد از کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستانی
- پاسخگویی به انتظارات بیماران با خدمات هتلینگ
- نظارت ، ارزیابی و پایش مستمر کیفیت خدمات هتلینگ
- ایجاد فضای رقابتی در بهبود خدمات هتلینگ
- افزایش رضایتمندی بیماران و همراهان
-

## ◀ شمول دستورالعمل:

- همه بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت

## نحوه ارزیابی و رتبه بندی

رتبه بندی بیمارستان ها به گروه های (سه ستاره - سه ستاره مثبت - چهار ستاره و پنج ستاره)

در طول ۶ ماه اول استراتژی ارتقای سطح خدمات هتلینگ به صورت حمایتی خواهد بود تا کلیه بیمارستان ها به حداقل سه ستاره دست یابند.

ظرف مدت یک ماه اول از ابلاغ برنامه تیم ارزیاب وظیفه دارد نیازهای هر بیمارستان و برآورد هزینه های بهبود وضع موجود برای رسیدن به استانداردهای سه ستاره را اعلام نمایند.

## اولویت اجرا

- تعداد و کیفیت تخت های بستری بیماران - میز غذای بیمار - کیفیت تشک - پتو و ملحفه و بالش - تجهیزات مربوط به تخت - کیفیت و تنوع غذای بیمار - پرده و پاراوان و انواع جداکننده ها - فضای فیزیکی اتاق بیمار - فضای انتظار و امکانات همراه بیمار - نیروی انسانی مراقب بیمار - سیستم سرمایش و گرمایش فضای بستری - سرویس های بهداشتی و حمام - سیستم احضار پرستار.

۶- برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب العلاج ، خاص و نیازمند

## ◀ هدف کلی :

▪ حفاظت مالی از بیماران نیازمند برابر هزینه های کمرشکن سلامت

## ◀ اهداف اختصاصی :

- پوشش فرانشیز و هزینه خدمات غیر بیمه ای ضروری
- پوشش فرانشیز موارد بستری بیماران نیازمند مبتلا به بیماریهای غیر ویژه
- شناسایی و ثبت نام بیماران مبتلا به بیماری های ویژه
- توسعه مراقبتهای نظام مند از بیماران ویژه

#### ◀ بیماری های مشمول برنامه :

- - هموفیلی - تالاسمی - ام اس - دیالیز خونی - دیالیز صفاقی - پیوند کلیه - کاشت حلزون
- سرطان - سوختگی - بستری طولانی مدت در بخش های ویژه - بیماریهای روانی - پیوند اعضا و فراهم آوری - BMT - مسمومیتها - اسکولیوز - صرع مقاوم به درمان - هیپاتیت مقاوم در تالاسمی و هموفیلی - جراحی DBS برای بیماران پارکینسون و دیستونی.

#### ۷- برنامه ترویج زایمان طبیعی

##### ◀ هدف کلی :

- ارتقای شاخص های سلامت مادران و نوزادان از طریق کاهش سزارین

##### ◀ اهداف اختصاصی:

- کاهش میزان سزارین به میزان ده درصد تا پایان سال ۹۳
- افزایش رضایتمندی مادران باردار از طریق حفظ حریم خصوصی با بهینه سازی فضای فیزیکی اتاق زایمان
- کاهش پرداخت از جیب مردم
- افزایش انگیزه ارائه دهندگان خدمت جهت افزایش میزان زایمان طبیعی

##### ◀ شمول دستورالعمل:

- همه بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت

##### ◀ راهکارها

- رایگان شدن فرانشیز زایمان طبیعی - تعریف تعرفه تشویقی مازاد تعرفه مصوب جهت ارائه دهندگان خدمت - پرداخت حق الزحمه بیهوشی جهت متخصصین بیهوشی جهت انجام زایمان بی درد - ارائه تسهیلات برای پزشکان و ماماهاى غیر شاغل - بهینه سازی فضای بلوک زایمان

### نتایج کلی اجرای طرح تحول سلامت:

از جمله تحولات این طرح، افزایش بیش از ۲۰ هزار تخت بیمارستانی و واحدهای زایمان طبیعی و همچنین تکمیل پرونده الکترونیک بهداشت ایرانیان بوده است. طرح تحول نظام سلامت، افرادی را که بیمه نبودند تحت پوشش قرار داد و موجب شد که بیماران نسبت به گذشته مبلغ ناچیزی را در بیمارستان‌های دولتی پرداخت کنند. تحول سلامت در محور سومش یعنی توسعه زیرساخت‌های سلامت، اقدام به بازسازی ۲ میلیون متر مربع فضای فیزیکی، توزیع بیش از ۷۷ هزار قلم تجهیزات هتلینگ، نوسازی ۳۹ هزار تخت بیمارستانی، بهسازی و تجهیز ۱۲ هزار و ۵۰۰ اتاق استراحت کادر پرستاری و توزیع ۲۹۰۰۰ تخت بیمارستانی کرده است. همچنین افزودن تعداد ۲۴۸۳ تخت ویژه به ظرفیت تخت‌های ویژه کشور، توسعه و ساخت ۱۸۰۰ اتاق تک نفره زایمان، بهسازی و افزایش ظرفیت اورژانس بیمارستانی با بهره‌برداری از ۱۷ پروژه اورژانس با ظرفیت ۲۶۰ تخت، ساخت و گسترش ۱۲۵ بخش اورژانس در بیمارستان‌های تروما و اصلی کشور و افزوده شدن ۲۴۰۰ دستگاه آمبولانس به ناوگان اورژانس زمینی انجام شده است. از دیگر اقدامات قابل توجه بازسازی ۲۵۵۰۰۰۰ متر مربع فضای بستری، انجام ۱,۴۷۰,۰۰۰ زایمان طبیعی رایگان در سراسر کشور، راه‌اندازی ۳۰ پایگاه اورژانس هوایی و انتقال ۶۰۳۰ مصدوم و بیمار بدحال به بیمارستان‌ها طی ۳۸۷۲ سورت پروازی، اجرای برنامه ملی درمان پیشرفته سکته‌های مغزی به صورت شبانه‌روزی در ۵۵ بیمارستان کشور در ۲۵ شهر به عنوان دومین علت مرگ ایرانیان، حمایت از بیماران صعب

العلاج هم در خدمات درمانی در بیمارستان‌ها و هم پوشش نسبی هزینه‌های دارویی، توجه ویژه به بیماران سرطانی با ایجاد شبکه جامع تشخیص زودرس و درمان سرطان در ۳ سطح در کشور و خرید داروهای کمیاب با قیمت کم و قابل دسترس بوده است.

## تطابق طرح تحول سلامت بر مدل اندرسون

### زمینه تاریخی

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

اقدامی که توسط دولت یازدهم صورت گرفت و طی آن بخشی از بودجه هدفمندی یارانه‌ها به بخش سلامت اختصاص یافت، دقیقاً مطابق با قانون هدفمندی یارانه‌ها و قانون برنامه پنجم توسعه بود که توسط دولت قبلی اجرا نشده بود.

## اهداف توسعه هزاره

اهداف توسعه هزاره در واقع هشت هدف مشترک هستند که در سال ۲۰۰۰ در سازمان ملل بر سر آن‌ها توافق شد. این اهداف باید تا سال ۲۰۱۵ محقق میشد.

بیانیه هزاره در ماه سپتامبر سال ۲۰۰۰، توسط ۱۸۹ کشور پذیرفته شده و ۱۴۷ نفر از سران سیاسی آن را امضا کرده‌اند.

این هشت آرمان به ۲۱ هدف که با ۶۰ شاخص قابل سنجش اند، تجزیه می‌شود.

آرمان ۱: از بین بردن فقر شدید و گرسنگی

آرمان ۲: دست یافتن به آموزش ابتدایی همگانی

آرمان ۳: گسترش و ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان

آرمان ۴: کم کردن مرگ کودکان

آرمان ۵: بهبود سلامت مادران

آرمان ۶: مبارزه با ایدز، مالاریا، توبرکلوز و دیگر بیماری‌ها

آرمان ۷: تضمین پایداری محیط زیست

آرمان ۸: گسترش مشارکت جهانی برای توسعه



در این میان ۴ و ۵ و ۶ به طور مستقیم در طرح تحول سلامت مورد توجه قرار گرفته بود.

## عوامل محیطی

از عوامل محیطی موثر در دستور کار قرار گرفتن طرح تحول سلامت در دولت یازدهم می توان به وضعیت نامناسب سلامت و درمان کشور در سال های قبل از آن اشاره کرد.

به علت فضای سنگین تحریم ها در سال های ۹۰ تا ۹۲ بسیاری از بیمارستان های کشور با کمبود تجهیزات پزشکی مواجه شده بودند و این مسئله باعث نارضایتی گسترده مردم شده بود.

از دیگر عوامل مهم در این موضوع وضعیت نابسامان بیمه های درمانی بود.

در سال های قبل از اجرای این طرح بیمه ها نهایتاً ۱۰ درصد کل هزینه ی درمان بیماری را پرداخت میکردند و این بدان معنا بود که در واقع عملاً بیمه به یک صنعت بیهوده تبدیل شده بود که در ازای وجه گرفته شده از بیماران هیچ خدمات قابل توجهی به آن ها ارائه نمیکرد.

از دیگر عوامل محیطی مهم میتوان به گشایش های مالی ایجاد شده برای دولت در پی مذاکره بر سر برنامه هسته ای اشاره کرد. آزاد شدن منابع عظیم مالی دست دولت را برای اجرای این پروژه بزرگ باز گذاشته بود.

یکی از مشکلاتی که بعد از اجرای طرح تحول سلامت به وجود آمد و در قالب عوامل محیطی اندرسون قابل بررسی است، تغییر هرم جمعیتی جامعه است.

با توجه به رشد کاهنده جمعیت کشور و روند رو به رشد پیر شدن جمعیت طی سال های اخیر علی رغم رویکرد دولت در افزایش میزان مولید ، هرم جمعیتی کشور به سمت افزایش جمعیت استفاده کننده از خدمات درمانی رو به افزایش میباشد. با توجه به افزایش سن امید

به زندگی در ایران و در مقابل آن کاهش نرخ زاد و ولد در ۳۰ سال آینده به شدت به جمعیت سالمند کشور اضافه خواهد شد.

عمده ترین کانال هایی که اثر تغییر جمعیتی را بر بودجه منتقل میکنند هزینه های سلامت و مراقبت های بلند مدت بهداشتی و هزینه های تامین اجتماعی هستند که باعث تغییر ترکیب بودجه دولت به نفع خود میشوند. بر این اساس به نظر میرسد تعهدات و بار مالی دولت از این محل نیز طی سال های آتی روند فزاینده به خود بگیرند.

## فرهنگ سیاسی

مهم ترین ریشه اجرای طرح تحول سلامت را باید در فرهنگ سیاسی مردم ایران جستجو کرد. در فرهنگ سیاسی ایرانیان دولت نقش پدری را بر عهده دارد که وظیفه اش خرج کردن برای فرزندان است.

این فرهنگ به واسطه جامعه پذیری از نسلی به نسل دیگر منتقل شده است.

بر طبق باور ایرانیان دولت به منبع پول لایتناهی نفت متصل است و باید در هر زمینه ای ورود کرده و پول خرج کند.

متناسب با این فرهنگ مردم دولت را مسئول اصلی سلامت جامعه میدانند که وظیفه دارد درمان و سلامت رایگان یا لاقط کم هزینه را برای مردم به ارمغان بیاورد.

بر طبق این فرهنگ پدرسالارانه بود که دولت یازدهم به طور جد وارد حوزه ی سلامت شد و طرح تحول سلامت را به عرصه اجرا درآورد.

این فرهنگ سیاسی ایرانیان در تناقض جدی با صنعت بیمه قرار میگیرد. مطابق با صنعت بیمه مردم در طول سالیان دراز پول های خود به صورت پس انداز به سازمان های بیمه گر میدهند تا

پس از بازنشستگی یا در هنگام بیماری از آن استفاده کنند. به همین دلیل است که مردم حتی باید ریسک ضرر ده شدن بیمه خود را بپذیرند و حتی شاید زحمت سالیان دراز آن ها یک شبه بر باد برود. برای مثال در بحران مالی سال ۲۰۰۸ در غرب دولت چیزی همانند کوپن های غذایی برای مردم تهیه کرد که تنها مردم از گرسنگی نمیرند.

زمانی که غرب با چنین مشکلاتی مواجه میشود دولت هیچ گونه مسئولیتی برای جبران کسری بودجه صندوق های بیمه و بازنشستگی ندارد حال آنکه برای مثال در لایحه بودجه سال ۹۹ ایران دولت مبلغ عظیمی نزدیک ۴۰ هزار میلیارد تومن برای فرار از ورشکستگی صندوق های بیمه ای هزینه خواهد کرد.

## ارزش ها و باورها

مهم ترین ارزش ها در اجرای طرح تحول سلامت را باید در قانون اساسی بررسی کرد که در اسلاید های اولیه نیز بدان اشاره شده بود.

در اصول ۴۳، ۳، ۲۱، ۲۹ قانون اساسی بر موضوع سلامت و آموزش تاکید شده است. اصل ۲۹ قانون اساسی، تامین دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را وظایف دولت بر شمرده و آمده است: " بر خورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی، دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک به یک افراد کشور تامین کند."

در اصل ۴۳ قانون اساسی، تامین نیازهای اساسی مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان و آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده و در بند ۱۲ اصل ۳ بر طرف

ساختن هر نوع محدودیت در زمینه های تغذیه ، مسکن ، کار و بهداشت مورد تاکید قرار گرفته است . حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند و حمایت از کودکان بی سرپرست در اصل ۲۱ قانون اساسی یادآوری شده است .

یکی دیگر از ارزش های ایرانیان نتیجه محور بودن آن ها است. یعنی آن ها دنبال اقداماتی هستند که در کوتاه مدت انجام شود و نتایج ملموسی را مشاهده کنند.

به همین دلیل است که تمام دولت ها در ایران دنبال اقدامات عملی کوتاه مدت هستند تا طرح ها و پروژه های بلند مدت که شاید نتایج آن تا سالیان سال مشاهده نمیشود. طرح تحول سلامت از نوع چنین اقداماتی بود که در کوتاه مدت ( ۹ ماه ) به اجرا رسید و برای مردم نتایج ملموسی را به دنبال داشت.

این باور نزد ایرانیان که دولت تمام امکانات و ثروت جامعه را در اختیار دارد پس وظیفه دارد در همه امور ورود کند یکی از عوامل مهم اجرای طرح تحول سلامت بود

## افکار عمومی

پس از پیروزی حسن روحانی در انتخابات افکار عمومی منتظر اقدام عملی و تحقق وعده های اعلام شده او در زمان انتخابات بود.

یکی از وعده های اصلی روحانی بهبود اوضاع سلامت کشور بود.

بر طبق این انتظار عمومی بود که طرح تحول سلامت در دستور کار دولت قرار گرفت و دولت برای اجرای آن دست به هزینه بسیار و اقدامات اساسی زد.

از طرف دیگر طرح تحول سلامت از آنجایی که اثرات ملموسی داشت و هزینه های مردم را تا حد بسیار زیادی کاهش داده بود افکار عمومی را به سوی حمایت از دولت رهنمود میکرد به گونه ایی که این طرح یکی از علل انتخاب مجدد روحانی به ریاست جمهوری در سال ۹۶ بود. یکی از مشکلاتی که پس از اجرای طرح تحول سلامت به وجود آمد، پیشی گرفتن هزینه درمان نسبت به خدمات بهداشتی و پیشگیری بود که ریشه آن را باید در افکار عمومی ایرانیان جستجو کرد.

ایرانیان تا مجبور نشوند برای کاری اقدام نمیکنند و اساسا پیشگیری از وقوع مشکلات در نزد آنان بسیار کم اتفاق می افتد. ایرانیان انسان های دقیقه نودی هستند که منتظر میمانند هر گاه مشکلی برای آنان به وجود آید برای آن به دنبال راه حل میگردند.

محور اصلی طرح تحول سلامت ، درمان بود ، در حالیکه پیشرفت حقیقی در سلامت جامعه مبتنی بر مراقبت های پیشگیرانه است و بدون بسط و گسترش نظام های مراقبت سلامت، مواجهه با چالش های نظام سلامت بسیار دشوار است. از این رو مشاهده میشود که در اکثر کشورهای توسعه یافته از جمله ایالت متحده و آلمان پیشگیری بر درمان اولویت می یابد. در حال حاضر با توجه به روند فزاینده سهم درمان در اجرای طرح تحول سلامت، رویکرد تزریق منابع در طرح مزبور جای خود را به رویکرد کنترل هزینه داده است و بیمار محوری در بخش درمان به جای رویکرد سلامت محوری موجب گردیده است تا هزینه های درمان نسبت به هزینه های بهداشتی و پیشگیرانه پیشی گرفته و بار مالی دولت از این محل نیز افزایش یابد.

## نظام اقتصادی

نظام اقتصادی ایران یک نظام کاملا دولتی است و دولت در هر زمینه اقتصادی ورود می کند.

متناسب با این نظام اقتصادی تمام درآمد و هزینه های کشور در اختیار دولت است.

از آنجا که تمام ثروت کشور در اختیار دولت است پس در نتیجه دولت متولی بخش سلامت نیز باید باشد.

از دیگر مشکلات اجرای طرح تحول سلامت میتوان به موارد زیر که در قالب مدل نظام اقتصادی اندرسون قابل پیگیری است اشاره کرد:

### **\*محدودیت منابع عمومی و وابستگی به بودجه نفت**

توقع جامعه پزشکی افزایش درآمد و مردم خدمات ارزان است. اضافه شدن بیش از ۱۰,۵ میلیون نفر از افراد فاقد بیمه، تحت پوشش بیمه سلامت ایران در سال ۹۴ و اضافه شدن بار مالی سالانه بیش از ۲۰۰۰۰ میلیارد ریال بر طرح تحول سلامت از جمله مصادیق بارز افزایش بار مالی دولت از این منظر میباشد. از سوی دیگر وابستگی بودجه عمومی دولت به منابع ناپایدار نفتی و عدم تکافوی هزینه های اجتناب ناپذیر بودجه در شرایط عدم تحقق منابع نفتی دولت موجب میگردد تا تامین مالی طرح تحول سلامت نیز با چالش هایی مواجه گردد.

مشکلات عظیم مالی و کسری شدید بودجه که پس از تحریم های یکجانبه آمریکا بر ایران در دوره ی ترامپ ایجاد شده است طرح تحول سلامت را تا آستانه شکست کامل پیش برده است.

### **\*کسری شدید منابع مالی صندوق های بیمه ای**

پس از اجرای طرح تحول سلامت دو بیمه اصلی درمان پایه کشور ( سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت که بیشترین بار هزینه های مالی را بر عهده دارند) با رشد شدید هزینه های درمان مواجه شدند به نحوی که طی دو سال پس از اجرای طرح تحول سلامت هزینه های درمان تامین اجتماعی بیش از ۴۴ درصد در سال رشد داشته است در حالیکه رشد درآمد های تامین اجتماعی کمتر از ۲۳ درصد در سال بوده است.

بنابراین در حال حاضر بزرگترین چالشی که طرح تحول سلامت را تهدید میکند هزینه های بالایی است که بر دوش این دو سازمان گذاشته است.

### **\*بدهی های بخش سلامت**

با توجه به اطلاعات اخذ شده از وزارت بهداشت در حال حاضر بدهی این بخش در حوزه بیمارستانی و همچنین بدهی به سازمان های دارویی در مجموع بالغ بر ۱۵۰۰۰۰ میلیارد ریال میباشد که از این مبلغ بالغ بر ۴۰۰۰۰ میلیارد ریال آن بدهی دارویی میباشد.

درمقابل بالغ بر ۱۲۰۰۰۰ میلیارد ریال وزارت بهداشت از سازمان های بیمه ای بابت خدمات درمانی ارائه شده طلبکار است. بر این اساس در صورت پرداخت مطالبات بیمارستان ها از جانب سازمان های بیمه ای ، حداکثر بدهی یا به عبارتی کسری اعتبارات بخش سلامت ۳۰۰۰۰ میلیارد ریال می باشد.

### **\*افزایش تصدی گری دولت و به حاشیه رفتن وظایف حاکمیتی**

ماموریت اصلی وزارت بهداشت ایجاد بستر مناسب برای تامین سلامت تمامی افراد کشور است که این مهم از طریق سیاستگذاری، تنظیم مقررات ، نظارت و ارزیابی بخش های مختلف امکان پذیر است اما عملاً مشاهده میشود که وزارت بهداشت خود به بزرگترین ارائه کننده ی خدمات درمانی تبدیل شده است و این موضوع در اجرای طرح تحول سلامت نیز آشکار است. به عبارت دیگر وزارت بهداشت مسئول نظارت و ارزیابی طرحی است که خود تامین مالی و اجرای آن را بر عهده دارد. این موضوع موجب گردیده است تا علی رغم تاکید بر کاهش وظایف تصدی گری دولت در اسناد بالا دستی و تکلیف دولت مبنی بر واگذاری فعالیتهای خود به بخش غیر دولتی ، بار مالی این طرح و نظارت و ارزیابی آن به طور کلی بر عهده دولت باشد.

## زمینه نهادی

یکی از مشکلات نهادی اجرای طرح تحول سلامت، گستردگی و پراکندگی سازمان ها و نهاد های متولی سلامت و تامین رفاه در جامعه بود.

پراکندگی مذکور و عدم وجود ساختار منسجم و یکپارچه موجب گردیده است تا ارائه خدمات به مردم به نحو مطلوب صورت نگیرد و با مشکلات عدیده ای مواجه گردد و علاوه بر آن هدر رفت منابع بودجه عمومی و عدم بهره وری و کارایی را نیز به دنبال داشته است.

از جمله نهاد های متولی این امر میتوان به سازمان بهزیستی، سازمان بیمه سلامت، بنیاد شهید و امور ایثارگران، سازمان تامین اجتماعی، بنیاد های خیریه، سازمان های وابسته به نیروهای مسلح و ... میباشند که به نوعی در تامین سلامت و رفاه اجتماعی مردم مشارکت دارند و از بودجه عمومی نیز استفاده میکنند.