

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۴ / دکتر حانیه سادات سجادی، دکتر سیدرضا مجدزاده
مراقبت‌های اولیه سلامت تا پوشش همگانی سلامت: تجربه جمهوری اسلامی ایران

فهرست مطالب

| | |
|----------|--|
| ۱۱۱..... | اهداف درس |
| ۱۱۱..... | مقدمه |
| ۱۱۲..... | مفهوم پوشش همگانی سلامت |
| ۱۱۳..... | ۱ - پوشش خدمات سلامت |
| ۱۱۳..... | ۲ - پوشش جمعیت |
| ۱۱۴..... | ۳ - پوشش هزینه‌های سلامت |
| ۱۱۴..... | سنجش پیشرفت دستیابی به پوشش همگانی سلامت |
| ۱۱۸..... | تجربه کشورهای دنیا در دستیابی به پوشش همگانی سلامت |
| ۱۱۹..... | وضعیت پیشرفت دنیا در دستیابی به پوشش همگانی سلامت |
| ۱۲۰..... | برنامه‌های ایران در دستیابی به پوشش همگانی سلامت |
| ۱۲۱..... | وضعیت نظام سلامت ایران در تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت |
| ۱۲۳..... | چالش‌های اصلی ایران در تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت |
| ۱۲۴..... | گام‌های بعدی برای تحقق پوشش همگانی سلامت در ایران |
| ۱۲۶..... | نتیجه‌گیری |
| ۱۲۷..... | منابع |

مراقبت‌های اولیه تا پوشش همگانی سلامت: تجربه جمهوری اسلامی ایران From PHC to UHC: IR.Iran's Experience

دکتر حانیه سادات سجادی و دکتر سیدرضا مجدزاده

موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت و دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده پس از مطالعه این گفتار بتواند:

- پوشش همگانی سلامت را تعریف کند و وجه تمایز آن با مراقبت‌های اولیه سلامت را درک نماید؛
- شیوه سنجش پیشرفت دستیابی به پوشش همگانی سلامت را توضیح دهد؛
- با تجربه‌ی دیگر کشورها در دستیابی به پوشش همگانی سلامت آشنا شود؛
- وضعیت دنیا در دستیابی به پوشش همگانی سلامت را بداند؛
- اقدامات مهم ایران برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت را برشمرد؛
- تحلیلی از وضعیت کنونی ایران در دستیابی به پوشش همگانی سلامت ارائه دهد؛
- چالش‌های اصلی ایران در دستیابی به پوشش همگانی سلامت را بشناسد؛
- راهکارهای پیشنهادی برای دستیابی سریع‌تر به پوشش همگانی سلامت را بیان کند.

مقدمه

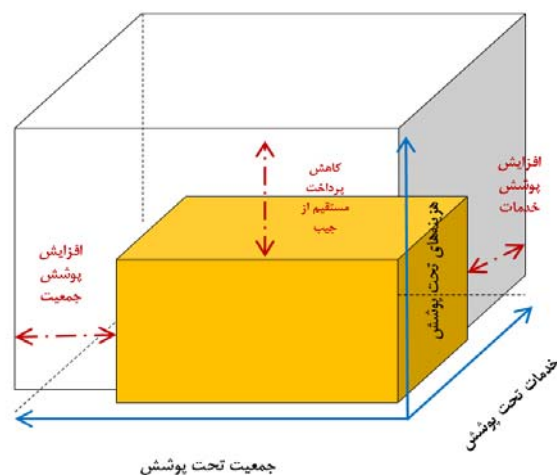
راهبرد مراقبت‌های اولیه سلامت از سوی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۸ کمک قابل توجهی به کشورها کرد تا بتوانند تلاش‌های خود را جهت تدوین برنامه‌های ملی، سازماندهی کنند. این تلاش‌ها اگرچه بهبود وضعیت کلی سلامت را به دنبال داشت، اما پیشرفت در وضعیت سلامت، نسبی بود و هدف سلامت برای همه به صورت کامل محقق نشد. از این رو سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ مفهوم تقویت نظام سلامت را به کشورها معرفی و بر ضرورت آن برای دستیابی به اهداف نظام سلامت تأکید کرد. به دنبال آن، در سال ۲۰۰۵ و سپس ۲۰۰۸، پوشش همگانی سلامت را به عنوان آنچه کشورها باید در تقویت نظام سلامت جهت تأمین

سلامت برای همه و عدالت در سلامت، مدنظر قرار دهند، پیشنهاد نمود. طبق تعریف؛ پوشش همگانی خدمات سلامت، عبارتست از "دسترسی آحاد مردم به مداخلات ایمن و باکیفیت اصلی سلامت به نحوی که در پرداخت مالی آن‌ها دچار سختی نشوند". ایران، همگام با جنبش جهانی برای اجرای پوشش همگانی سلامت، انجام این مهم را جزو تعهدات خود قرار داد. ضمن این‌که اجرای اجزای مختلف پوشش همگانی سلامت، هم‌راستا با سیاست‌های کلی سلامت نیز هست.

در این گفتار، تلاش می‌شود ضمن مروری کوتاه بر تجربه کشورهای دنیا در دستیابی به پوشش همگانی سلامت، مهم‌ترین اقداماتی که تاکنون برای این هدف در ایران انجام شده است، معرفی گردد. سپس با ارزیابی وضعیت ایران در دستیابی به پوشش همگانی، مشخص شود تا چه اندازه اهداف مورد نظر، محقق شده است. در نهایت نیز با تبیین چالش‌های کنونی ایران برای تحقق پوشش همگانی سلامت، پیشنهادهایی برای تداوم دستاوردها و کسب موفقیت در اجرای گام‌های بعدی تحقق پوشش همگانی سلامت، ارائه شود.

مفهوم پوشش همگانی سلامت

با توجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت، پوشش همگانی سلامت به این معنا است که همه مردم خدمات سلامت موردنیاز خود را دریافت کنند؛ این خدمات مشتمل بر خدمات سلامت عمومی با هدف ارتقا سلامت (مانند کمپین‌های مبارزه با مصرف دخانیات و یا مالیات بر دخانیات)، خدمات پیشگیری (مانند واکسیناسیون)، خدمات درمانی، مراقبت‌های توانبخشی و طب تسکینی می‌باشد. خدمات فوق باید با بهترین کیفیت و ایمنی به نحوی ارائه شوند که افراد با دریافت خدمات از نظر مالی دچار سختی نشوند (یا به عبارتی هزینه‌های سلامت برای آن‌ها کمرشکن نباشد). این تعریف به‌خوبی نشان می‌دهد هرآنچه از پوشش همگانی سلامت، مورد انتظار است، در سه جزء پوشش جمعیت، پوشش خدمات سلامت و پوشش هزینه‌های سلامت خلاصه می‌شود که همان سه بعد مکعب پوشش همگانی هستند (شکل ۱).



شکل ۱ - مکعب پوشش خدمات سلامت

پیام این مکعب برای نظام‌های سلامت این است که باید برنامه‌های و اصلاحات خود را به گونه‌ای سازماندهی کنند که خدمات ضروری و موردنیاز سلامت را با کیفیت مناسب برای بخش بزرگی از جمعیت خود (و در حالت ایده‌آل همه جمعیت خود)، با بیشترین پوشش هزینه‌های مالی فراهم آورند. تأکیدی که پوشش همگانی سلامت بر محافظت مالی جمعیت دارد، وجه تمایز آن با راهبرد مراقبت‌های اولیه سلامت محسوب می‌شود. تأمین این حفاظت مالی در کنار پوشش جمعیت و پوشش خدمات، عدالت در دسترسی به خدمات سلامت را تضمین می‌کند.

۱ - پوشش خدمات سلامت:

جزء نخست بر عمق پوشش (Depth of coverage) دلالت دارد و نشان‌دهنده فهرستی از خدمات سلامت است که برای رفع نیازهای سلامتی، ضروری شناخته شده و با توجه به معیارهایی مانند هزینه‌اثربخشی، از طریق منابع عمومی دولت در بخش سلامت تأمین مالی می‌شوند. این فهرست همانی است که با نام بسته خدمات ضروری (در نظام‌های سلامت طب ملی) و یا بسته خدمات بیمه سلامت پایه (در نظام‌های سلامت بیسمارکی یا نظام بیمه‌های اجتماعی) می‌شناسیم. تعیین اینکه هر یک از بسته‌ها چه خدماتی را شامل می‌شوند، اقدامی مهم و چالش‌برانگیز در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. زیرا با نوعی تصمیم‌گیری و انتخاب از بین گزینه‌های مختلف روبرو است و نتیجه‌ی این انتخاب، نقش تعیین‌کننده‌ای در مصرف درست و بجای منابع و در نهایت بهبود عملکرد نظام سلامت و ارتقای شاخص‌های سلامتی هر کشور دارد. جستجو برای استفاده از یک روش منطقی برای اولویت‌بندی مداخلات سلامتی یکی از موضوعات اصلی مطالعات نظام سلامت بوده و هست. خوشبختانه با تلاش‌هایی که در این زمینه انجام شده، روش‌های عینی‌تر و علمی‌تری برای مقایسه گزینه‌های مختلف تصمیم‌گیری معرفی شده است. یکی از رایج‌ترین این روش‌ها، استفاده از تحلیل‌های اقتصادی و قضاوت براساس هزینه‌اثربخشی گزینه‌ها می‌باشد. روشی که در گزارش‌های اولویت‌های کنترل بیماری‌ها (Diseases Control Priorities: DCP) به کار رفته و براساس آن تلاش شده با توجه به بار بیماری‌ها، به‌روزترین شواهد در مورد کارآمدی مداخلات و اثربخشی برنامه‌های سلامت فراهم شود. جزء پوشش خدمات اگر با پوشش دو جزء دیگر همراه نباشد، دستیابی به پوشش همگانی سلامت را تحت‌الشعاع قرار خواهد داد. به‌علاوه مشخص کردن فهرست خدمت تحت پوشش باید با درنظر گرفتن تمهیداتی برای ارائه‌ی به‌موقع، جامع، یکپارچه و باکیفیت خدمات یا به عبارتی انتخاب چیدمان درست برای ارائه خدمات سلامت همراه باشد تا با پوشش مؤثر خدمات زمینه تحقق پوشش همگانی سلامت را فراهم نماید.

۲ - پوشش جمعیت:

جزء دوم، وسعت پوشش (Breadth of coverage) را نشان می‌دهد و شامل درصدی از جمعیت است که زیرچتر برنامه‌های حفاظت اجتماعی دولت برای خدمات سلامت هستند. افزایش پیشرونده تعداد جمعیت

تحت پوشش به ویژه در میان اقشار محروم و آسیب‌پذیر یکی از اجزای پوشش همگانی سلامت است. فرایندی که پیچیده است و به موازات پیشرفت حاصله در این قسمت پیچیده‌تر نیز می‌شود. دستیابی حداکثری به پوشش جمعیت به یک نظام بیمه‌ی سلامت خوب نیاز دارد. نظامی که بیشترین میزان انباشت خطر را داشته باشد و امکان پرداخت برحسب توان و دریافت خدمت براساس نیاز را فراهم آورد. با توجه به تجربه‌ای که بسیاری از کشورها، حتی در گروه‌های درآمدی متوسط، در پوشش ۱۰۰ درصدی جمعیت دارند، این دیدگاه که تحقق کامل این جزء پوشش همگانی امکان‌پذیر نیست رد می‌شود. البته این را نیز باید گفت که پوشش جمعیت (حتی در حالت کامل)، در غیاب پوشش دو جزء دیگر، ضامن دستیابی به هدف پوشش همگانی سلامت نمی‌باشد.

۳- پوشش هزینه‌های سلامت:

سومین جزء مقدار/ارتفاع پوشش (Height of coverage) را نشان می‌دهد و گویای درصدی از هزینه‌های سلامت است که از طریق منابع انباشت‌شده پوشش داده می‌شوند. منابع انباشت‌شده به دو صورت اشتراک خطر خسارت مالی بین گروه‌های مختلف جامعه (انباشت) و توزیع خطر در طول زمان (پیش‌پرداخت) حاصل می‌شوند. این منابع به گواه شواهد موجود، می‌توانند به کاهش مشکلات مالی ناشی از نیازهای سلامتی ناگهانی، حذف موانع دسترسی به خدمات سلامت و کاهش بروز مشکلات مربوط به بیماری کمک نماید. جزء پوشش هزینه‌های سلامت، به‌شدت موردتوجه کشورها برای تنظیم برنامه‌های اصلاحی نظام سلامت می‌باشد. البته مداخلات موردنیاز برای پیشرفت این جزء، بیشتر به اصلاح نظام تأمین مالی، به‌ویژه در دو بخش جمع‌آوری درآمد و خرید خدمات، با هدف کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم برای خدمات سلامت می‌پردازد. ولی بعید است بدون انجام مداخلاتی در زمینه بهبود حاکمیت نظام سلامت و ساماندهی نظام ارائه خدمات سلامت، بتوان زمینه را برای پیشرفت بیشتر در این جزء فراهم کرد.

سنجش پیشرفت دستیابی به پوشش همگانی سلامت

پایش و ارزیابی میزان پیشرفت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت از زمان پذیرش این مفهوم موردتوجه جامعه جهانی بوده و اهمیت آن بعد از معرفی اهداف توسعه پایدار (SDGs) در سال ۲۰۱۵ و قرار گرفتن پوشش همگانی در فهرست این اهداف بیشتر نیز شد. تاکنون گزارش‌های مختلفی برای سنجش این پیشرفت از سوی سازمان جهانی بهداشت معرفی شده است که در آنها در مورد چگونگی پایش و ارزیابی و نیز وضعیت کشورهای مختلف دنیا که هر ساله به‌روز می‌شود، توضیحاتی آمده است. در این قسمت به معرفی شاخص‌هایی می‌پردازیم که در سطح بین‌المللی برای پایش و ارزیابی تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرد. توصیه این است که هر کشوری با توجه به شرایط (مانند نوع بیماری و برنامه‌های مهم سلامت خود) شاخص‌های بیشتری را برای پایش و ارزیابی اختصاصی کشور خود تعریف نماید.

در ارزیابی وضعیت دستیابی به پوشش همگانی سلامت، دو حیطة اصلی پوشش مؤثر خدمات و حفاظت مالی، که ارتباط مستقیم با اهداف پوشش همگانی سلامت دارد، پایش و ارزیابی می‌شود و از آنجا که عدالت

اهمیت زیادی در پوشش همگانی سلامت دارد، توصیه شده برای هر یک از شاخص‌های دو حیطة فوق، حداقل سه جنبه نابرابری اقتصادی، جنسیتی و محل اقامت در نظر گرفته شود.

شاخص‌های پوشش مؤثر در واقع به اجزای اول و دوم مکعب پوشش همگانی سلامت به صورت همزمان توجه می‌کند: این که پوشش خدمت ضروری چگونه است و با چه کیفیتی ارائه می‌شود. پس مهم این است که چه نسبتی از افراد نیازمند توانسته‌اند از خدمتی که تغییر موردنظر است، بهره‌مند شوند و در آن‌ها تغییر هدف روی داده است (مثلاً تغییر سطح آنتی‌بادی در مورد واکسن‌ها و یا بهبود سلامت در مورد داروها). شاخص‌های پوشش مشتمل بر ۱۶ مورد می‌باشد و مجموع آن‌ها نیز در یک شاخص ترکیبی با نام شاخص پوشش گزارش می‌شود. در عین حال چون همزمان به جنبه نابرابری پوشش مؤثر در گروه‌های جمعیتی (زنان/مردان، فقیر/غنی و روستایی/شهری) می‌پردازد به جنبه عدالت نیز توجه می‌کند. برای درک بهتر پوشش مؤثر شاخص پوشش درمان ضد ویروسی در بزرگسالان و کودکانی که با HIV زندگی می‌کنند را می‌توان مثال زد. این شاخص تنها به این که چند درصد از افراد، تحت پوشش درمان هستند توجه ندارد؛ بلکه توجه به این است که از کل کسانی که تخمین زده می‌شود واجد بیماری می‌باشند، چند درصد تحت درمان هستند. پس هم باید شناسایی شده باشند و هم تحت درمان باشند. مثال دوم فراوانی جمعیت‌های در معرض خطر بالا که در ۱۲ ماه گذشته آزمایش HIV شده‌اند و نتایج آن را می‌دانند می‌باشد. در این شاخص تنها فراوانی آزمایش مهم نیست، بلکه این که افراد در معرض خطر مشخص شده، آزمایش HIV انجام داده و نتیجه را بدانند، اهمیت دارد.

شاخص‌های حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت دو مورد هستند: نسبت (بروز) افراد مواجهه‌یافته با فقر بخاطر هزینه‌های سلامت و نسبت (بروز) افراد مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت. در شاخص نخست، نسبت افرادی که به خاطر هزینه‌های سلامت به زیر خط فقر رفته‌اند محاسبه می‌شود که افراد مواجهه‌یافته با این هزینه‌ها (فقرزا) مشکل مالی وخیم‌تری را نسبت به کسانی که دچار هزینه‌های کمرشکن شده‌اند، تجربه می‌کنند. برای محاسبه شاخص دوم نیز آستانه‌های مختلف به‌عنوان هزینه‌های کمرشکن در نظر گرفته شده است. در انتشارات اخیر بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت در صورتی که نسبت هزینه‌های سلامت فرد بیش از ده درصد و یا بیست و پنج درصد از کل هزینه‌های وی (در این جا دو آستانه معرفی شده است) شود، فرد دچار هزینه‌های کمرشکن شده است. معمولاً هزینه‌های فقرزا در خانوارهایی که پنچک و یا دهک‌های اقتصادی ضعیف هستند روی می‌دهد. اما هزینه‌های کمرشکن سایر گروه‌های اقتصادی بالاتر (غنی‌تر) را نیز می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد.

در مورد شاخص‌های حفاظت مالی ابعاد عدالتی آن‌ها یعنی نگاه کردن به تفکیک دو متغیر وضعیت اقتصادی و محل زندگی اهمیت دارد. در مورد جنسیت باید توجه داشت که هزینه‌ها برای خانوار و نه برای فرد روی می‌دهند. زیرا خانوار از نظر هزینه‌ها با هم هستند، در نتیجه درآمد را نان‌آوران خانوار به عهده دارند و هزینه‌های سلامت به کل خانوار تسری می‌یابد. به‌همین دلیل شاخص‌های مربوط به هزینه‌های فقرزا و کمرشکن مصداق عدالت جنسیتی ندارد. مگر این که بخواهیم در خانوارهای با سرپرست خانوار زن با خانوارهای با سرپرست خانوار مرد مقایسه کنیم.

نکته مهم دیگری که در مورد شاخص‌های حفاظت مالی باید گفت این است که اندازه عددی شاخص بروز هزینه‌های فقرزا بسیار کوچک‌تر از اندازه عددی شاخص بروز هزینه‌های کمرشکن است. مثلاً در ایران بحث در مورد نسبت افرادی که دچار هزینه‌های فقرزای سلامت شده‌اند در هر هزار نفر و نسبت افرادی که دچار هزینه‌های کمرشکن شده‌اند (بر اساس آستانه تعریف) به صورت درصد بیان محاسبه می‌شود. البته این بحث نیز وجود دارد که هزینه‌های فقرزا متأثر از اقدامات بسیاری از بخش‌های توسعه و از جمله سلامت است و هزینه‌های کمرشکن سلامت اختصاصی‌تر به عملکرد نظام سلامت می‌باشد.

نکته پایانی در مورد شاخص‌های حفاظت مالی، به شاخص نسبت هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب مردم به کل هزینه‌های سلامت مربوط می‌باشد. این شاخص در دسته شاخص‌های هدف حفاظت مالی پوشش همگانی قرار ندارد. زیرا در واقع یک شاخص حد واسط برای روی ندان دو شاخص اصلی حفاظت مالی است. اگر کشوری بتواند نسبت هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب به کل هزینه‌های سلامت را در حد کمتر از بیست درصد نگه دارد، می‌تواند دو شاخص اصلی کمرشکن و فقرزا را کنترل نماید. لازم است بدانیم اگرچه این سه شاخص (نسبت پرداخت مستقیم از جیب، کمرشکن و فقرزا) بسیار به هم همبستگی دارند، ولی الزاماً راهکارهای یکسانی برای روبرو شدن با آنها وجود ندارد و نیز مداخله‌های مختلف صورت گرفته حتماً همه آنها را به یک شکل تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. در نتیجه ممکن است یک کشور بتواند با حمایت اختصاصی از طبقات بسیار ضعیف جامعه نسبت افرادی که دچار هزینه‌های فقرزای سلامت می‌شوند را کاهش دهد، ولی الزاماً نسبت پرداخت مستقیم از جیب به کل هزینه‌های سلامت را کاهش ندهد. و یا برعکس آن که در ایران کاهش قابل توجه در نسبت پرداخت مستقیم از جیب به واسطه طرح تحول سلامت وجود داشته، ولی کاهش چندانی در نسبت افراد مواجهه‌یافته با هزینه‌های فقرزای سلامت روی نداده است.

شایان ذکر است در ارزیابی‌های جدید پوشش همگانی سلامت دو حیطه فرعی دیگر شامل تقویت نظام سلامت و هزینه‌های سلامت که بیشتر ناظر بر کارکردهای نظام سلامت است، اضافه شده است. در حیطه تقویت نظام‌های سلامت با توجه به گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت در مورد پایش و ارزیابی اجزای سازنده‌ی نظام سلامت، ۱۶ شاخص پیشنهادی در شش جز حاکمیت، تامین مالی، منابع انسانی، ارائه خدمات، داروهای اساسی و محصولات سلامت و سیستم اطلاعات سلامت طبقه‌بندی شده است. حیطه دوم نیز ۶ شاخص مهم مربوطه به وضعیت هزینه‌های سلامت را در بردارد. به نظر می‌رسد اضافه کردن شاخص‌های این دو حیطه می‌تواند به سیاست‌گذار کمک کند تا تغییراتی را که نیاز است در نظام سلامت خود اعمال کند و از این طریق پوشش همگانی را محقق سازد، بهتر شناسایی نماید. زیرا همان‌گونه که تجربه‌ی کشورهای موفق در پوشش همگانی نشان می‌دهد، در نبود یک نظام سلامت با کارکردهای صحیح، انتظار دستیابی به اهداف تعیین شده غیرواقع‌بینانه است. برای اطلاع از شاخص‌های فعلی پایش و ارزیابی پوشش همگانی سلامت جدول ۱ را ببینید.

جدول ۱: شاخص‌های پایش و ارزیابی پوشش همگانی سلامت*

| شاخص‌ها | حیطه |
|--|-------------------------------|
| ۱. پوشش خدمات تنظیم خانواده با استفاده از روش‌های مدرن | پوشش مؤثر خدمات |
| ۲. پوشش مراقبت‌های دوران بارداری (حداقل ۴ بار) | |
| ۳. پوشش واکسیناسیون سه‌گانه کودکان | |
| ۴. درصد دریافت درمان در کودکان زیر پنج سال که نشانه‌های پنومونی دارند | |
| ۵. پوشش درمان مؤثر سل | |
| ۶. پوشش درمان ضد تروویروسی HIV | |
| ۷. نسبت جمعیت در معرض خطر که به پشه‌بند آغشته به سم برای پیشگیری از مالاریا دسترسی دارند و در آن می‌خوانند | |
| ۸. نسبت جمعیتی که به سیستم فاضلاب بهینه دسترسی دارند | |
| ۹. شیوع فشار خون بالا در جمعیت بالای ۱۸ سال | |
| ۱۰. شیوع دیابت (قند خون بالا) در جمعیت بالای ۱۸ سال | |
| ۱۱. وجود برنامه ملی غربالگری سرطان رحم | |
| ۱۲. شیوع مصرف دخانیات در جمعیت بالای ۱۵ سال | |
| ۱۳. تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت | |
| ۱۴. تعداد پزشک به ۱۰۰۰ نفر جمعیت | |
| ۱۵. میانه فراهم بودن داروهای ژنریک منتخب در دو بخش دولتی و خصوصی | |
| ۱۶. میانگین امتیاز ۱۳ ظرفیت اصلی اجرای مقررات سلامت بین‌الملل | |
| ۱. نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت (بروز هزینه‌های کمرشکن سلامت) | حفاظت مالی |
| ۲. نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های فقرزای سلامت (بروز فقر بخاطر هزینه‌های سلامت) | |
| ۱. وجود برنامه/سیاست/راهبرد ملی بخش سلامت با اهداف به‌روز | تقویت نظام سلامت |
| ۲. انجام پایش دوره‌ای برنامه/سیاست/راهبرد ملی بخش سلامت | |
| ۳. وجود مصوبه قانونی برای پوشش همگانی سلامت | |
| ۴. سهم منابع/کمک‌های خارجی از هزینه‌های کل سلامت | |
| ۱. سهم هزینه‌های کل سلامت از تولید ناخالص داخلی | تأمین مالی |
| ۲. سهم هزینه‌های سلامت در بخش عمومی از هزینه‌های عمومی دولت | |
| ۳. سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های کل سلامت | |
| ۱. تعداد منابع انسانی متخصص سلامت به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت | منابع انسانی |
| ۲. تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت | |
| ۳. علل مرگ | |
| ۱. میانه فراهم بودن داروهای ژنریک منتخب در دو بخش دولتی و خصوصی | داروهای اساسی و محصولات سلامت |
| ۲. میانه قیمت مصرف‌کننده داروهای ژنریک منتخب در دو بخش دولتی و خصوصی | |
| ۳. تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت | |
| ۴. تعداد تجهیزات پزشکی منتخب به ازای جمعیت تعریف‌شده | |
| ۱. پوشش ثبت تولد | اطلاعات سلامت |
| ۲. پوشش ثبت مرگ | |
| ۱. سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی | هزینه‌های سلامت |
| ۲. سرانه هزینه‌های جاری سلامت به دلار | |
| ۳. سهم هزینه‌ی سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی | |
| ۴. سهم هزینه‌ی سلامت داخلی در بخش عمومی از هزینه‌های عمومی | |
| ۵. سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های جاری سلامت | |
| ۶. سهم منابع خارجی از هزینه‌های جاری سلامت | |

*تعاریف شاخص‌ها در گاه اینترنتی سازمان جهانی بهداشت موجود می‌باشد.

تجربه کشورهای دنیا در دستیابی به پوشش همگانی سلامت

کشورهای مختلف دنیا تلاش کرده‌اند برنامه‌ها و سیاست‌های متناسب با شرایط، منابع و امکانات خود را برای دستیابی به این هدف عملیاتی کنند. ذکر همه‌ی این موارد از حوصله این کتاب خارج است. برای همین در این بخش تنها به معرفی دو تجربه ترکیه و تایلند می‌پردازیم و در انتها درس‌آموخته‌های این تجربه‌ها را مرور می‌کنیم.

تایلند: مدل مالی تایلند و توانایی آن در گسترش سریع پوشش بیمه سلامت به کل جمعیت تجربه‌ای جالب را رقم زده است. این کشور در سال ۲۰۰۲ با معرفی یک طرح بیمه سلامت، با نام طرح پوشش همگانی، توانست با بیمه کردن حدود ۴۸ میلیون نفر افرادی که از طرح‌های دیگر بیمه (مانند طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت و طرح تامین اجتماعی) بهره‌مند نبودند، به پوشش همگانی مراقبت سلامت برای جمعیت خود دست پیدا کردند. طرح پوشش همگانی، بسته مزایای جامعی برای افراد تحت پوشش خود فراهم کرد که شامل پوشش مراقبت‌های بستری و سرپایی، جراحی و دارو بود. این طرح با حمایت دولت مرکزی انجام گرفت و مکانیزم‌های مختلفی برای مشارکت در پرداخت هزینه‌ی ارائه مراقبت داشت. پرداخت‌های تکمیلی نیز برای برخی از درمان‌های پرهزینه در نظر گرفته می‌شود. سیستم نظارت و ارزیابی مداومی نیز برای طرح تعبیه شده بود. گزارش‌ها موجود حکایت از آن دارند که این طرح در مدت کمی بعد از شروع موفقیت‌های قابل توجهی، مانند بهبود دسترسی به خدمات مراقبت سلامت و کاهش هزینه‌های کمرشکن سلامت در میان خانوارها، به دست آورد. به این ترتیب تقریباً بعد از سه دهه از زمان آغاز یک طرح دولتی در جهت منافع فقرا، تایلند توانست به پوشش همگانی دست پیدا کند. توسعه تاریخی سیستم بیمه درمانی در تایلند، به سمت پوشش همگانی، می‌تواند درس‌های مفیدی برای سایر کشورها با درآمد پایین‌تر و متوسط داشته باشد.

ترکیه: پانزده سال قبل این کشور با چالش‌های زیادی در تأمین منابع مالی، نظام بیمه‌ای، زیرساخت‌ها و بی‌عدالتی در ارائه خدمات سلامت روبرو بود. با روی کار آمدن دولت جدید ترکیه بخش سلامت این کشور برنامه‌ای جامع را برای اعمال تغییرات اساسی در این کشور در دستور کار قرار داد. برنامه تحول سلامت افزایش دسترسی به خدمات سلامت را از طریق حذف عدم یکپارچگی در تأمین منابع مالی و برنامه‌های بیمه‌ای، تغییر و بازتعریف مؤلفه‌های جدید رهبری، سیاست‌گذاری و حاکمیتی وزارت بهداشت و سازمان‌دهی مجدد ارائه خدمات سلامت مدنظر داشت. این اصلاحات موفقیت‌هایی قابل توجهی را به همراه داشت. از آن جمله می‌توان به ارتقا پوشش جمعیتی به خدمات سلامت تا ۹۵٪ و بهبود برخی از مهم‌ترین پیامدهای سلامت اشاره کرد. تعهد و ثبات سیاسی و اقتصادی و مدیریتی بخش سلامت، تدوین برنامه‌ای جامع برای تحول سلامت و انتخاب هدفمند و هوشمندانه مداخلات از مهم‌ترین دلایل موفقیت کشور ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی سلامت بوده است.

بررسی عمیق‌تر تجربه کشورها در دستیابی به پوشش همگانی سلامت نشان می‌دهد محتوای برنامه‌های این کشورها برای این هدف متفاوت بوده و هر کشور متناسب با وضعیت خود در ابعاد مختلف پوشش همگانی سلامت اقدام به اصلاحاتی در نظام سلامت خود کرده است. موفقیت در اصلاحات مربوط به پوشش همگانی سلامت در کشورها وجود چند عامل را به‌عنوان تسهیل‌گر این حرکت نشان داده که توجه به آن می‌تواند برای

دیگر کشورها مفید باشد. اهم این موارد عبارتند از:

- وجود رهبری قوی و سازگار ملی و محلی و تعهد بلندمدت برای پایداری در دستیابی به پوشش همگانی سلامت؛
- سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های اولیه سلامت جهت افزایش دسترسی و بهبود مدیریت منابع؛
- تدوین مکانیزم‌های قانونی برای بازتوزیع منابع و کاهش تفاوت‌ها؛
- سرمایه‌گذاری در برنامه‌های دولتی سلامت؛
- تولید منابع و مدیریت هزینه‌ها به موازات افزایش پوشش؛
- تعدیل منابع انسانی سلامت؛
- مشارکت همه ذینفعان و گروه‌های تأثیرگذار؛
- داشتن سیستم و نظام قوی پایش و نظارت دستیابی به پوشش همگانی سلامت.

وضعیت پیشرفت دنیا در دستیابی به پوشش همگانی سلامت

براساس آخرین گزارش پیشرفت پوشش همگانی سلامت که وضعیت را در سال ۲۰۱۵ نشان می‌دهد، شاخص پوشش خدمات برای کل دنیا ۶۴٪ می‌باشد. در بین مناطق ششگانه سازمان جهانی بهداشت، منطقه آمریکا بیشترین و منطقه آفریقا کمترین مقدار شاخص را دارا هستند. بروز هزینه‌های کمرشکن با آستانه ۱۰٪ و ۲۵٪ به ترتیب ۱۱/۷ و ۲/۶ و بروز هزینه‌های فقرزا با دو خط فقر ۱/۹۰ و ۳/۱۰ دلار در روز به ترتیب ۱/۴ و ۱/۸ در سال ۲۰۱۰ بوده است (جدول ۲).

جدول ۲: وضعیت شاخص‌های پوشش همگانی سلامت در دنیا

| نسبت افراد مواجهه یافته با فقر بخاطر هزینه‌های سلامت | نسبت افراد مواجهه یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت | شاخص پوشش موثر خدمات | | مناطق سازمان جهانی بهداشت |
|--|---|----------------------|------------|---------------------------|
| | | خط فقر ۱۰٪ | خط فقر ۲۵٪ | |
| خط فقر ۱۰٪ / ۱ دلار | خط فقر ۲۵٪ / ۳ دلار | ۱۱/۷ | ۲/۶ | کل دنیا |
| ۱/۵ | ۱/۷ | ۱۰/۳ | ۲/۶ | آفریقا |
| ۰/۷ | ۰/۳ | ۱۱/۱ | ۱/۹ | آمریکا |
| ۳/۴ | ۳/۱ | ۱۲/۸ | ۲/۹ | جنوب شرقی آسیا |
| ۰/۲ | ۰/۱ | ۷/۰ | ۱/۰ | اروپا |
| ۱/۳ | ۰/۵ | ۹/۵ | ۱/۴ | مدیترانه شرقی |
| ۱/۸ | ۱/۱ | ۱۴/۸ | ۳/۹ | غرب آقیانوس آرام |

برنامه‌های ایران در دستیابی به پوشش همگانی سلامت

ایران تجربه‌ی خوبی در اجرای راهبرد مراقبت‌های اولیه سلامت (Primary Health Care: PHC) از طریق گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان و سطح‌بندی خدمات سلامت داشت. بدون شک این کار مهم‌ترین اقدام کشور برای تأمین سلامت برای همه بود که ارائه خدمات سلامت را با پیاده‌سازی یک نظام ارجاع در سه سطح، مورد توجه قرار داده بود. شواهد زیادی وجود دارد که نشان‌دهنده بهبود شاخص‌های سلامت کشور در نتیجه این اقدام بود. پس از اعلام راهبرد پوشش همگانی سلامت در اواخر دهه هشتاد، این کشور برنامه‌هایی در راستای اجرای این راهبرد طراحی و اجرا نمود. طرح پزشک خانواده شهری، شکل‌گیری سازمان بیمه سلامت ایرانیان در راستای تجمیع سازمان‌های بیمه‌گر سلامت و طرح تحول سلامت، نمونه‌هایی از این برنامه‌ها هستند.

جدول ۳: اهداف و مداخلات طرح تحول سلامت

| اهداف هدف | مداخله |
|---|--|
| تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت | <ul style="list-style-type: none"> ایجاد منابع پایدار جدید و افزایش منابع موجود انتقال منابع مالی به سازمان‌های بیمه‌گر برای خرید خدمت از وزارت بهداشت مدیریت بهینه منابع و انضباط مالی حمایت از داروهای تولید داخل و افزایش سهم داروهای تولید داخل از بازار دارویی |
| حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت | <ul style="list-style-type: none"> کنترل قیمت دارو و تجهیزات پزشکی بیمه کردن جمعیت بدون بیمه پایه سلامت کاهش میزان پرداختی بیماران بستری و سرپایی جلوگیری از بروز پرداخت‌های غیررسمی رایگان کردن زایمان طبیعی در مراکز ارائه خدمت مدیریت ارائه خدمات و حفاظت مالی برای مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاج |
| افزایش دسترسی مردم عادلانه به خدمات و مراقبت‌های سلامتی باکیفیت | <ul style="list-style-type: none"> رفع بحران گرانی و کمبود دارو و تجهیزات پزشکی افزایش نیروی انسانی شاغل و تغییر شیوه قرارداد با پرسنل موجود در بخش دولتی راه‌اندازی واحدهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ارتقای کیفیت خدمات سطح یک، دو و سه در بخش دولتی ارتقای سلامت محیط و حرفه‌ای |
| بهبود عملکرد نظام ارائه خدمات | <ul style="list-style-type: none"> طراحی برنامه‌های نوین و بازنگری برنامه‌های قبلی سلامت گسترش، حفظ و ارتقای نظام مقررات بهداشت بین‌المللی آموزش، ارتقا مهارت و توانمندسازی مدیران و کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت سطح اول ارتقای نظام فن‌آوری اطلاعات، ثبت اطلاعات و آمار در حوزه سلامت |
| ارتقای فرای بخش سلامت | <ul style="list-style-type: none"> بهره‌گیری از مشارکت جامعه در ارتقای سلامت تقویت و نهادینه‌سازی همکاری بین‌بخشی |

البته دور از نظر نماند که قبل از این زمان برنامه‌هایی در نظام سلامت کشور پیاده شد که ماهیتاً در جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت بود. از این گروه برنامه‌ها و اصلاحات می‌توان به تصویب قانون تأمین اجتماعی و تشکیل سازمان تأمین اجتماعی، تصویب و اجرای قانون بیمه همگانی کشور و طرح پزشک خانواده، استقرار نظام ارجاع و بیمه خدمات درمانی روستایی اشاره کرد. از میان برنامه‌های فوق، به‌نظر مهم‌ترین تجربه کشور در دستیابی به پوشش همگانی سلامت با اجرای طرح تحول سلامت به‌دست آمده باشد. این طرح یکی از مهم‌ترین اقدامات دولت در بخش سلامت بود که تدوین سیاست آن از مهرماه ۱۳۹۲ آغاز و پس از اخذ مصوبات قانونی لازم و ارائه بسته‌های پیشنهادی آن، از سال ۱۳۹۳ در حوزه‌های مختلف سلامت اجرایی شد. با توجه به وضعیت بحرانی نظام سلامت کشور در اوایل دهه ۱۳۹۰، این طرح تلاش داشت ضمن انجام اقداماتی سریع در راستای بازگشت اوضاع نظام سلامت به وضعیت عادی، گام‌های تکمیلی را برای ایجاد تغییرات پایدار در نظام سلامت بردارد. طرح تحول سلامت پنج هدف اصلی داشت که عبارت بودند از: تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت، حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت، افزایش دسترسی به خدمات و مراقبت‌های سلامتی باکیفیت، بهبود عملکرد نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی و ارتقای عادلانه شاخص‌های سلامت. به منظور دستیابی به این اهداف، مداخلات متعددی اجرا شد که اهم آن‌ها در جدول ۳ نشان داده شده است.

وضعیت نظام سلامت ایران در تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت

همان‌گونه که پیشتر اشاره شد ابعاد پوشش همگانی سلامت را می‌توان در گستره خدمات مورد نیاز، حفاظت مالی در مقابل هزینه‌های سلامت و پوشش جمعیتی آن‌ها عنوان کرد. با درنظر داشتن ابعاد سه‌گانه پوشش همگانی سلامت و تغییراتی که در نتیجه اجرای برنامه‌های مختلف در کشور ایجاد شده، می‌توان دریافت که برای تحقق بعد پوشش جمعیت، برنامه‌های مهمی در نظام سلامت رخ داده که با یا بدون تغییر در چیدمان حاکمیتی همراه بوده است. در مهم‌ترین این برنامه‌ها یعنی طرح تحول سلامت، از محل منابع مالی که در اختیار نظام سلامت قرار داده شد (و البته در سال‌های بعد از آن، کمتر و کمتر شد)، پوشش بیمه‌ای مردم افزایش چشمگیری پیدا کرد. به‌طوریکه حدود ۹۳ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه سلامت قرار گرفتند. اما همچنان ۷ درصد بدون پوشش بیمه پایه هستند. ضمن اینکه فراتر از پوشش بیمه‌ای بایستی به موضوع پوشش مؤثر نیز توجه کرد. زیرا تحت پوشش بیمه بودن نمی‌تواند دسترسی به مزایای بیمه را تضمین نماید.

در راستای پوشش خدمات، بیشتر برنامه‌ها تغییراتی در کارکردهای تولید منابع انسانی و ارائه خدمات ایجاد کرده‌اند. با وجود این اصلاحات هنوز میانگین شاخص‌های منتخب پوشش خدمات در ایران ۶۵ درصد است و ابعاد کیفیت، عدالت و کنترل هزینه‌ها در ارائه خدمات سلامت به نتیجه مطلوب نرسیده است.

برای پوشش هزینه‌های سلامت، اقدامات زیادی در سال‌های اخیر برای تأمین مالی بهتر بخش سلامت انجام شده است. این تلاش‌ها اگر چه سبب شد سهم منابع مالی عمومی که برای سلامت هزینه می‌شود افزایش یابد (رشد هزینه‌های عمومی سلامت از کل هزینه‌های سلامت از ۳۸ به ۵۱ درصد)، اما آنچه از گزارش حساب‌های ملی سلامت، استنباط می‌شود این است که اولاً کل منابع مالی که برای سلامت هزینه می‌شود، نسبت

به کشورهای مشابه، بالاتر است، اما در عین حال شاخص‌های حفاظت مالی به اندازه مورد هدف نیست. این یعنی نظام سلامت ما یک نظام سلامت کارا نیست. پولی که ما از منابع عمومی در قالب دولت هزینه می‌کنیم، به آن اندازه‌ای که باید به ما جواب نمی‌دهد. این را نیز باید در نظر بگیریم ایران در آینده صرف‌نظر از رشد جمعیتی که پیدا می‌کند، به خاطر تنها عامل مسن شدن جمعیتش (و مشکلاتی مثل بیماری‌های مزمن و نیازمند مراقبت‌های طولانی) منابع سلامت بسیار بیشتری را نیاز خواهد داشت. پیش‌بینی شده در سال ۲۰۵۰، کل هزینه‌های سلامت ما ۶۷ درصد افزایش می‌یابد که ۵۲ درصدش منحصر به علت پیر شدن جمعیت است. هنوز منابع مالی سلامت به مقدار زیادی از پرداخت‌های مستقیم از جیب مردم برای سلامت تأمین می‌شود. وقتی وضعیت خود را با کشورهایمانند تایلند، ترکیه و ... مقایسه می‌کنیم، متوجه می‌شویم این کشورها با وضعیتی مشابه کشور ما، پول کمتری از جیب مردم‌شان صرف سلامت می‌کنند. البته میزان پرداخت مستقیم از جیب مردم با اجرای طرح تحول از ۵۴/۸ درصد در سال ۱۳۸۸ به ۳۸/۱ در سال ۱۳۹۴ رسیده ولی هنوز با میزان قابل‌قبول آن (۲۰ درصد) فاصله دارد. مهم‌تر آنکه پرداخت‌های مستقیم از جیب مردم متغیر واسطه‌ای است و آن چیزی که در پوشش همگانی سلامت مهم است این است که مردم به خاطر دریافت خدمات سلامت موردنیازشان دچار سختی نشده و فقیر نشوند. بااطلاع از اینکه براساس آخرین آمار هزینه‌های سلامت حدود ۱۶ و ۴ درصد جمعیت کشور از ۱۰٪ و ۲۵٪ کل هزینه‌های خانوار بیشتر است، متوجه وجود فاصله تا رسیدن به اهداف پوشش همگانی سلامت می‌شویم.

با توجه به این وضعیت می‌توان گفت کشور ما به مدد اقداماتی که در راستای استقرار راهبرد مراقبت‌های اولیه سلامت و سپس تحقق هدف پوشش همگانی سلامت انجام داده وضعیت نسبتاً مناسبی در تحقق اهداف نظام سلامت دارد. اما همچنان تا تحقق کامل پوشش همگانی سلامت فاصله دارد. اما چرا این فاصله وجود دارد؟ به نظر ما علت را فقط باید در نبود یک نظام سلامت قوی با عملکرد خوب جستجو کرد. لزوم وجود یک نظام سلامت کارآمد و اثربخش برای توسعه و ارتقای سلامتی در جامعه بر کسی پوشیده نیست. تغییراتی که در گذشته در کشور اجرا شده، یا تنها بر برخی از کارکردهای نظام سلامت متمرکز بوده و یا تغییرات پایدار را در کارکرد ایجاد نکرده است. متأسفانه در برخی موارد نیز شاهد تغییر کارکرد به سمت نامطلوب هم رفته است (نظام پرداخت به ازای خدمت). نتیجه اینکه ما پس از حدود ۵۰ سال تجربه اصلاحات، فاقد نظام سلامت قوی هستیم. حال سوالی که پیش می‌آید این است: چرا ما یک نظام سلامتی قوی در کشور نداریم؟ با توجه به ارتباط مثبت درجه توسعه‌یافتگی یک کشور و خوب بودن نظام سلامت آن شاید بتوان بخشی از ناکامی در داشتن یک نظام سلامت خوب را به وضعیت رشد و توسعه کشور نسبت داد. ولی ما معتقدیم نبود این نظام دو علت اصلی دیگر دارد. اول اینکه سلامت به جز در برخی مواقع، دغدغه اصلی سیاست‌گذاران و مدیران ارشد سیاسی کشور نبود و از حمایت و تعهد کافی برای اجرای برنامه‌هایش برخوردار نبوده است. دوم اینکه سکنداران هدایت نظام سلامت اگر چه از میان افراد برگزیده و توانمند علمی انتخاب شدند، ولی به جز در موارد معدودی، مهارت رهبری کافی برای آنکه بتوانند بیشترین همکاری بین‌بخشی و هماهنگی درون‌بخشی را فراهم نمایند و با حمایت‌طلبی و ارائه مسؤولانه عملکرد مجموعه تحت پوشش، مدیریت ارشد کشور را در حمایت و همراهی از برنامه‌های سلامت مجاب نمایند، نداشتند.

چالش‌های اصلی ایران در تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت

چالش‌هایی که ایران در حال حاضر برای دستیابی به پوشش همگانی دارد، همانند تجربه‌ی بسیاری از کشورها، در سه موضوع تأمین منابع مالی، ارائه خدمات سلامت و حاکمیت سلامت خلاصه می‌شود. در موضوع تأمین منابع مالی، متأسفانه همچنان ناپایداری در تأمین منابع عمومی چالش بزرگی است. این ناپایداری که هم در مقدار اعتبارات تخصیص یافته و هم در به‌موقع بودن تخصیص اعتبارات به بخش سلامت است، سبب شده است تا سازمان‌های بیمه‌گر نتوانند هزینه‌های واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت (بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و شرکت‌های تأمین کننده مواد و تجهیزات) را به‌موقع بازپرداخت کنند. تاخیر در بازپرداخت هزینه‌های سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر، تاخیرهای طولانی‌مدت در جبران خدمات منابع انسانی سلامت را موجب شده است. این تاخیرها نیز خود تهدیدی جدی برای رواج دوباره دریافت پرداخت‌های غیررسمی در بخش دولتی و به دنبال آن افزایش پرداخت‌های مستقیم از جیب باشد. ناپایداری منابع مالی به همین جا محدود نمی‌شود. نوسان‌های مداوم قیمت ارز که به واسطه مسایل کلان سیاسی وجود دارد، وابستگی به نفت و نوسانات درآمدهای ناشی از آن و تحریم‌ها و بحران‌های بین‌المللی، با شدتی بیشتر تأمین منابع مالی نظام سلامت را دستخوش ناپایداری می‌کند و به‌طور جدی سلامت مردم را تهدید می‌نماید.

چالش دوم، گستردگی خدمات تحت پوشش منابع عمومی و شیوه‌ی ناکارای ارائه خدمات است. خدمات تحت پوشش منابع عمومی فعلی بسیار گسترده بوده و بدون تبعیت از یک منطق اولویت‌بندی خاص، به تدریج وارد بسته شده‌اند. برخی از خدمات این بسته هزینه‌آثربخش نیستند و به نظر نمی‌رسد با شرایط کنونی منابع مالی سلامت، پوشش بیمه‌ای آنها به صرفه باشد. به عبارتی تخصیص منابع محدود به برخی خدمات این بسته کارایی تخصیصی ندارد و منابع سلامت در جایی هزینه می‌شود که نباید. علاوه بر این متناسب نبودن حق بیمه‌های تعیین شده برای پوشش خدمات بسته کنونی از یک سو و شیوه پرداخت به منابع انسانی که بر مبنای کارانه است، از سویی دیگر خطر رواج پرداخت‌های غیررسمی و یا ترویج تقاضای القایی را بیشتر نموده و هر دو اینها خود می‌تواند در افزایش سهم پرداخت مستقیم از جیب نقش داشته باشد. در خصوص همین چالش ارائه خدمات سلامت، موضوع دیگر به شیوه ارائه خدمات سلامت مربوط است. علیرغم توصیه بیش از یک دهه از مدل مطلوب ارائه خدمت (مانند پزشکی خانواده) و تحقق نظام ارجاع، هنوز این مهم محقق نشده است. پیش شرط در نظر گرفته شده در کشور، تحقق پرونده الکترونیک سلامت و نیز ارتباط تعریف شده بین سطوح ارائه خدمت است. در این خصوص نیز با وجودی اینکه چند سال از پایلوت‌های برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های مازندران، فارس و (به شکلی دیگر در) آذربایجان شرقی و نیز استقرار مراکز جامع خدمات سلامت می‌گذرد، تصمیم قطعی راجع به مدل و یا ترکیب مدل‌های ارائه خدمت در کشور وجود ندارد.

چالش‌های سوم مربوط به حاکمیت سلامت است که به سبب تأثیرپذیری از روابط درهم‌تنیده میان بازیگران مختلف نظام سلامت، ماهیتی بسیار پیچیده دارد. نظام سلامتی، که به اندازه مطلوب مطلع از شواهد اداره نمی‌شود و بیش از آنکه از شواهد بهره‌بردار، بسیاری از تصمیم‌ها بر اساس سلايق فردی و یا تاثیر جریان‌های فرای بخش سلامت مانند درخواست و فشار نمایندگان مردم در مجلس و یا سیاست‌گذاران اتخاذ می‌شود. در موارد

محدودی هم که سیاست‌گذار خواهان شواهدی برای تصمیم‌گیری است متأسفانه به دلیل مشکلات مربوط به نظام تولیتی پژوهش و نیز مدیریت نظام‌های اطلاعاتی، شواهد به درستی و در زمان مناسب در اختیار تصمیم‌گیرنده قرار نمی‌گیرد. به همین دلیل شاهد سیاست‌ها و برنامه‌های مختلفی هستیم که یا اصول علمی یک برنامه‌ریزی برای تدوین آنها رعایت نشده و یا برنامه‌هایی که اگر چه طرح‌ریزی شده ولی در اجرا به خوبی و با وسواس عملیاتی نمی‌شوند. تعدد مراجع و بازیگران عرصه تصمیم‌گیری و ارائه خدمت مانند تنوع صندوق‌های بیمه‌ای، وجود انواع بیمارستان‌های بانک‌ها، شهرداری‌ها و ... انجام کامل مسوولیت در قبال تأمین سلامت مردم را دچار مشکل می‌کند. تفکیک وظایف تولیتی و ارائه‌دهنده خدمات موضوعی است که به کرات در اسناد بالادستی کشور اشاره شده ولی همچنان مغفول مانده است. نکته دیگر آنکه در این میان مردم و جلب مشارکت آنها در تدوین و اجرای برنامه‌های سلامت کمتر کانون توجه قرار گرفته است. نتیجه اینکه در خطوط فرماندهی، اجرا و پاسخدهی ابهاماتی وجود دارد. فعالیت بخش خصوصی در بازار سلامت و چگونگی مدیریت آن از دیگر موضوعات اصلی حاکمیتی فعلی است. در کشور ما بخش خصوصی با داشتن حدود ۸۰ درصد از ارائه خدمات در بخش سرپایی و ۲۰ درصد از ارائه خدمات در بخش بستری یکی از بازیگران تعیین‌کننده در بازار سلامت به شمار می‌رود. با این وجود در عمل نظارت قابل‌قبولی بر فعالیت این بخش نمی‌شود و اصولاً مکانیسم کنترلی خاصی چه برای کنترل تقاضای القایی و چه برای کنترل کیفیت خدمت این بخش وجود ندارد. مشکل مزمن دیگر حاکمیت نظام سلامت به تضاد منافع گروه‌های حرفه‌ای و انتظارات تجاری پول‌سازی که از خدمات سلامت وجود دارد، برمی‌گردد. تضاد منافع موجود یک بازدارنده قوی برای اجرای اصلاحات اساسی در نظام سلامت کشور است. به عنوان نمونه می‌توان به مساله اشتغال همزمان پزشکان اشاره کرد. با تمام تلاش‌هایی که برای حذف این پدیده در کشور انجام شده و با علم به درس‌های گرفته شده از کشورهایی که اثرات مثبتی از آن را دیده‌اند (مانند ترکیه)، و علیرغم فرصت طلایی که با تزریق منابع طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳ فراهم شد، متأسفانه تضاد منافع اجازه حذف این پدیده را نداد و همچنان اثرات منفی رواج اشتغال همزمان بر نظام سلامت کشور سایه افکنده است. مسئله حاکمیتی دیگر به مردم و مدیریت انتظارات آنها مربوط است. با توجه به افزایش سطح آگاهی و توقعات مردم و نیز دسترسی آنها با انبوهی از اطلاعات، بعید می‌آید بدون داشتن برنامه‌ای برای همراه کردن آن و آگاه‌سازی آنها بتوان تصمیم‌های کلیدی در نظام سلامت را پیاده کرد. به عنوان نمونه می‌توان در اینجا به مطالبه مردم برای بهره‌مندی از تکنولوژی‌های پیشرفته (که ممکن است الزاماً موثر نباشد) و یا ارائه خدمات با هزینه-اثربخشی کم اشاره کرد که آگاه کردن آنها از اثرات اینگونه فناوری‌ها برای رفع مقاومت‌های عمومی و بحران‌های اجتماعی لازم است.

گام‌های بعدی برای تحقق پوشش همگانی سلامت در ایران

با توجه به چالش‌های گفته شده، و با در نظر داشتن اینکه دستیابی به پوشش همگانی سلامت برای بسیاری از کشورها و از جمله ایران یک تکلیف و نه یک انتخاب است، مراحل بعدی تحقق پوشش همگانی سلامت در اجرای مداخلات سختی خلاصه می‌شود که بدون عزم جدی و اقدام خردمندانه قابل تحقق نیستند. این مداخلات عبارتند از:

۱- توجه به اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت و عملیاتی کردن آن: در شرایطی که تغییرات قیمت ارز و ناپایداری‌های مربوط به دیپلماسی بین‌المللی یک تهدید جدی است، مقاوم‌سازی بخش سلامت به ویژه در بخش تامین منابع مالی اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. البته تحقق این امر با توجه به عادت کشور برای استفاده از درآمدهای نفتی سخت و دشوار اما امکان‌پذیر خواهد بود. نمونه‌ای از این جنس مداخلات تغییر سیاست‌های تامین منابع مالی سلامت از نفت به وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت از جمله مواد دخانی و نوشابه‌ها و نیز قطع وابستگی منابع به نفت است که مداخله فرابخشی ملی بزرگی به حساب می‌آید. پیشنهاد تامین منابع مالی سلامت از مالیات بر ارزش افزوده (افزون بر سطح فعلی)، به نحوی که مردم برایشان ملموس باشد عوارضی که پرداخت می‌نمایند هزینه برای رفع آلام خود ایشان می‌شود، مثال دیگری از مداخلات مربوط به اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت است. نمونه دیگر افزایش سهم منابع بیمه‌ای سلامت است. تحلیل‌های صورت گرفته متعاقب تکانه‌های اقتصادی ناشی از تحریم و افزایش یکباره نرخ ارز در سال ۱۳۹۲ حاکی از این است که ناپایدارترین منابع مالی سلامت، پرداخت مستقیم از جیب و سپس منابع مالی دولت می‌باشد و جا دارد که این دو منبع به منابع صندوق‌های بیمه‌ای تغییر یابند.

۲- بازیابی خدمات بسته پایه بیمه سلامت و تعریف یک بسته خدمات معقول و هزینه‌اثربخش: لزوم بازنگری در فهرست خدمات موجود در بسته برکسی پوشیده نیست، اما آنچه انجام این مهم را با دشواری و تعلل روبرو کرده، سخت بودن تصمیم‌گیری در مورد ماندن برخی خدمات و خارج نمودن برخی خدمات دیگر است. سختی تصمیم‌گیری دو جنبه مهم دارد: اول در اختیار داشتن شواهد متقن و محکم برای تصمیم‌گیری و دوم حمایت‌طلبی وسیع برای اجرای تصمیم درست. جنبه اول بیشتر ناظر بر ابعاد فنی است. خوشبختانه در حال حاضر روش‌های پذیرفته شده زیادی تجربه شده که شاهد خوبی برای اولویت‌بندی خدمات در اختیار قرار می‌دهد. ارزیابی فناوری سلامت و یا ارزیابی‌های پیشرفته اقتصادی نمونه‌هایی از این روش‌ها هستند. اما جنبه دوم به نحوه حمایت‌طلبی و همراه‌سازی ذینفعان برای اجرای تصمیم مربوط می‌شود. تصور کنید اگر بر اساس هر یک از شیوه‌های علمی فوق یک خدمت و یا یک دارو از فهرست تحت حمایت بیمه بخواند خارج شود، چه مقاومتی از سوی مردم و گروه‌های تخصصی وجود خواهد داشت. مقاومتی که اگر بدرستی مدیریت نشود به بحران اجتماعی تبدیل خواهد شد. این حاکی از آن است که برای انجام این مهم، علاوه بر ابعاد فنی، بایستی ملاحظات مربوط به مشارکت ذینفعان (آگاه‌سازی، حمایت‌طلبی و همراه‌سازی) مدنظر قرار گیرد و با یک انسجام قوی اجتماعی و رهبری مدبرانه، تغییر اساسی را ایجاد و نهادینه ساخت.

۳- تغییر شیوه پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت: سال‌هاست که تغییر شیوه پرداخت از پرداخت به ازای خدمت به پرداخت بر اساس ارزش افزوده به عنوان یکی از اصلاحات اساسی نظام سلامت کشور مطرح می‌باشد. از آنجا که شیوه پرداخت کنونی به سبب ایجاد تقاضای القایی منشا افزایش بی‌مورد هزینه‌های سلامت است، بدون تغییر آن نمی‌توان انتظار شگرفی از منطقی کردن هزینه‌های نظام سلامت داشت. این مداخله نیز به آسانی قابل اجرا نمی‌باشد. به ویژه آنکه منابع انسانی سلامت کشور سال‌هاست به این روش عادت کرده است. برای این مداخله مهم توجه باید کرد که ارائه‌دهندگان خدمات در جایگاه‌های اجتماعی بسیار پر قدرت جامعه قرار

دارند. برخی خود از سیاست‌گذاران عرصه ملی (خارج از حوزه سلامت) می‌باشند و یا به شدت می‌توانند سیاست‌گذاران عالی رتبه کشور را تحت تاثیر قرار دهند. باورهای شکل گرفته برای افراد (علاوه بر تعارض منافع) جریان تغییر در شیوه پرداخت را مشکل می‌سازد و از این رو برای این تغییر مهم باید عزم ملی وجود داشته باشد. مسأله بعدی این است که شیوه پرداخت در کشور برای این به سمت کارانه رفت که بتوان از خدمات بیشتر کادر درمانی سود برد. تا زمانی که توزیع نیروی انسانی در کشور متوازن نباشد و در همه کشور نیروی لازم وجود نداشته باشد، این خطر وجود دارد که تغییر شیوه پرداخت باعث کاهش بهره‌مندی مردم برخی نقاط کشور از خدمات شود. بالاخره این که مراحل این تغییرات بحث‌های فنی جدی، مانند تغییرات لازم در کدبندی روش‌های تشخیصی درمانی به تفکیک بیماری‌ها را دارد و یا اتوماسیون منطبق با این دسته‌بندی.

۴- **برخورداری از حاکمیت خوب در سلامت:** اقدامات لازم در این زمینه ممکن است در نگاه نخست ساده به نظر آیند، ولی عملاً به راحتی قابل انجام نیستند. چهار مداخله‌ی مهم در این زمینه تفکیک وظایف تولیتی و ارائه خدمات، مدیریت تضاد منافع، نهادینه‌سازی نظام تصمیم‌گیری آگاه از شواهد و افزایش مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌های سلامت است. ساده‌انگاری است تصور کنیم منظور از تفکیک وظایف، تغییر جایگاه سازمانی بازیگران سلامت است، بلکه بیشتر به تعیین جایگاه و خطوط اختیار، مسؤولیت و پاسخگویی ذینفعان می‌پردازد. این تغییر فرایندی در وهله نخست ممکن است به سبب تغییر منابع قدرت به مذاق خوش نیاید ولی در درازمدت به نفع نظام سلامت کشور خواهد بود. تضاد منافع از طریق تجدیدنظر در ترکیب برخی شوراها اصلی سیاست‌گذار و تصمیم‌ساز تا حدی قابل کنترل است. کافی است اراده کنیم و تصمیم بگیریم افرادی را در مسند تصمیم‌گیری قرار دهیم که ذینفع تصمیم نباشند. اما تاثیرگذاری گروه‌های حرفه‌ای و نزدیک به قدرت همواره از چالش‌های مهم اصلاحات نظام سلامت است که بخشی از آن با آگاهی‌رسانی و داشتن برنامه حمایت طلبی قابل حل هست. به همین دلیل است که نقش نهادینه کردن تصمیم‌گیری آگاه از شواهد به جای تصمیم‌گیری سلیقه‌ای و تبدیل مسایل سلامت به مطالبه مردمی از طریق مشارکت دادن آن‌ها در تصمیم‌سازی‌ها اهمیت دارد. هر دو این موضوعات نیاز به فرهنگ سازی دارد. تغییر رویه‌های تصمیم‌گیری جریان یک شبه نیست. مشارکت مردم نیز وابسته به میزان توسعه اجتماعی و سیاسی می‌باشد. ایران در سال ۱۳۹۶ شاهد تشکیل نخستین مجمع ملی سلامت بود و هم اکنون مجمع سلامت در سطح استان‌ها در حال شکل‌گیری است. برنامه‌ی گسترده‌ای که با این وسعت برای نخستین بار در کشور انجام می‌شود و نهادینه شدن آن می‌تواند گامی مهم در جهت تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت باشد.

نتیجه‌گیری

تجربه‌ی اجرای برنامه‌های مختلف در نظام سلامت کشورها نشان می‌دهد هر زمان اینگونه برنامه‌ها ایجاد تغییرات پایدار و متناسب با نیاز جامعه را در نظام سلامت هدف‌گذاری کرده؛ توسط مدیران و رهبران کاردان مدیریت و اجرا شد؛ و همراهی و تعهد سیاست‌گذاران ارشد را داشته، توانسته نتایج خوبی را به همراه داشته باشد. بنابراین لازم است هر تلاشی برای دستیابی به پوشش همگانی با تأکید بر طراحی برنامه‌های همه‌جانبه دستکاری فرایندهای کارکردی نظام سلامت صورت گیرد. از آنجا که این تغییرات، علاوه بر دانش تخصصی، به عزم ملی و

اراده قوی برای ایجاد و نهادینه کردن تغییر نیاز دارد و مستلزم اتخاذ تصمیم‌های حساس و راهبردی است، دقت در انتخاب سکنداران هدایت نظام سلامت، اهمیت زیادی دارد. نمونه موفق همراهی دانش و اراده در تجربه موفق کشور ما در گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت دیده شد که امیدواریم بتوانیم با درس گرفتن از آن، گام‌های بلندی در مسیر اصلاحات پایدار نظام سلامت و تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت برداریم.

منابع

1. World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report: World Health Organization, 2015.
2. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al. Disease control priorities in developing countries: The World Bank; 2006.
3. Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever: World Health Organization; 2008.
۴. دشمنگیر ل، رشیدیان آ، علیپور سخا م، دشمنگیر پ. مبانی و مفاهیم نظری پوشش همگانی سلامت. پوشش همگانی سلامت در ایران. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، تهران: گزینه پارسین طب، ۱۳۹۴: ۳۵-۱۸.
5. World Health Organization. The global health observatory: Universal health coverage. World Health Organization 2018. Available from: <http://apps.who.int/gho/portal/uhc-service-coverage-v3.jsp>. [Last accessed on 2018September 12].
6. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies, 2010.
۷. دشمنگیر ل، رشیدیان آ، بازاریار م. دستیابی تایلد به پوشش همگانی سلامت: چگونگی و تجارب به دست آمده. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم. ۱۳۹۴؛ ۱۸ (۳): ۲۳۲-۲۱۷.
۸. دشمنگیر ل، علیپور سخا م، ارزیابی موفقیت ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم. ۱۳۹۴؛ ۱۸ (۳): ۲۴۵-۲۳۳.
9. Reich MR, Harris J, Ikegami N, Maeda A, Cashin C, Araujo EC, et al. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet*. 2016;387(10020):811-6.
10. World Health Organization. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. 2017.
۱۱. گزارش حساب‌های ملی سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۸.
۱۲. گزارش حساب‌های ملی سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴.
13. World Health Organization. External Evaluation of the Islamic Republic of Iran's Health Transformation Plan. 2016
14. Sajadi HS, Majdzadeh R. Who would be the ideal minister to run the current health system of Iran? *International journal of preventive medicine*. 2017;8.
15. Sajadi HS, Ahmadnezhad E, Abdi Z, Ehsani-Chimeh E, Majdzadeh R. (in press). An overview of the health-system transformation plans toward Universal Health Coverage in Iran 2018.
16. Ahmadnezhad E, Sajadi HS, Abdi Z, Ehsani-Chimeh E, Majdzadeh R. (in press). Universal Health Coverage in Iran; A proposal on how to move forward.