

باسمه تعالی

میراث یازدهم

بررسی عملکرد چهارساله دولت تدبیر و امید



ayaronline.ir

شهریور ۹۶

گزارش نهم:

تعبیر نادقیق یک رؤیا

گزارش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دولت یازدهم

فهرست

- ❖ مقدمه ۱
- ❖ اقدامات ۲
 - اجرای طرح تحول سلامت ۲
 - مدیریت مناسب بازار دارو ۳
 - تولید دارو به واسطه سرمایه‌گذاری خارجی ۴
 - تجهیز ناوگان اورژانس کشور ۴
 - حذف معاونت طب سنتی ۴
 - احداث ۲۰ هزار تخت بیمارستانی ۵
 - اجرای سامانه یکپارچه بهداشت ۵
 - ابلاغ راهنماهای بالینی ۶
 - افزایش پذیرش بومی رشته پزشکی ۶
- ❖ امور مغفول ۷
 - اجرائی نشدن پزشک خانواده و نظام ارجاع ۷
 - عدم اصلاح نظام پرداخت پزشکان ۷
 - اجرا نشدن قانون تمام‌وقتی پزشکان ۸
 - غفلت از قصور پزشکی و حقوق بیماران ۸
- ❖ تحولات مرتبط پیرامونی ۱۰
 - ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت ۱۰
 - بدهی هنگفت بیمه‌های درمانی ۱۰
 - انتقال سازمان بیمه سلامت به وزارت بهداشت ۱۱
 - افزایش هزینه‌های سلامت در سبد هزینه‌های خانوار ۱۲

❖ مقدمه

سید حسن قاضی‌زاده هاشمی، از متفاوت‌ترین وزرای دولت یازدهم بود که نامش با اجرای «طرح تحول سلامت» در این دولت گره خورد. طرحی که از اردیبهشت ۹۳ اجرایی شد و به جرئت می‌توان آن را یکی از شناسنامه‌های دولت یازدهم به شمار آورد.

دکتر هاشمی از جراحان زبده‌ی چشم و رکورددار جراحی لیزیک در کشور شناخته می‌شود؛ با وجود این افتخار اما قاضی‌زاده بعد از تصدی وزارت، در رسانه‌ها حضوری ویژه داشت و به‌عنوان وزیری رسانه‌ای و پُرکار مطرح بود.

بدون شک نقطه عطف فعالیت‌های هاشمی و یارانش در دولت یازدهم، «اجرای طرح تحول سلامت» بود؛ در این طرح سهم پرداختی مردم از هزینه‌های درمان کاهش یافت؛ ۱۱ میلیون نفر تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفتند؛ همچنین تعداد پزشکان در مناطق محروم افزایش پیدا کرد و شبکه‌های بهداشت روستاها ترمیم و تکمیل شد. این خدمات و اقدامات البته رضایتی نسبی را از عملکرد وزارت بهداشت ایجاد نمود.

اما در کنار خدمات فوق، مخارج سلامت نیز به طرز معنادار هم در دولت و هم در هزینه‌های مردم رو به فزونی گذاشت. توضیح بیشتر آنکه در قالب گام سوم طرح تحول، تعرفه‌های درمانی به‌طور میانگین در بخش خصوصی و دولتی ۱۵۰ درصد افزایش یافت و متعاقباً بدهی بیمه‌های درمانی به مراکز درمانی شدت گرفت. قابل تأمل آنکه بعد از اجرای طرح تحول سلامت، سهم هزینه‌های سلامت در سبد هزینه‌های خانوار از لحاظ درصدی و مطلق افزایش پیدا کرد.

خاطرنشان می‌سازد که طی چهار سال اخیر برخی اقدامات اساسی نظیر پرونده الکترونیک سلامت، نظام ارجاع و پزشک خانواده، تمام‌وقتی پزشکان و نیز حل اساسی مشکلات بیمه‌ها در نظام سلامت محقق نشد. به‌هر تقدیر سه سال از اجرای طرحی که قرار بود «رؤیای تحول نظام سلامت» را محقق نماید، گذشت، اما به نظر می‌رسد مشکلات اساسی این نظام همچنان پابرجا مانده‌اند و طرح موسوم به تحول سلامت، «تعبیر» نادقیقی از تحول داشت.

❖ اقدامات

اجرای طرح تحول سلامت

مطابق وعده رئیس‌جمهور مبنی بر کاهش هزینه‌های درمانی مردم، اجرای طرح تحول نظام سلامت اردیبهشت سال ۹۳ در ۹ بسته شامل آغاز شد. این ۹ بسته عبارت بودند از: «افزایش جمعیت تحت پوشش بیمه»، «حمایت از بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی»، «حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم»، «ارتقای کیفیت هتلینگ بیمارستان‌ها»، «حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی»، «ارتقای کیفیت ویزیت در کلینیک‌های ویژه»، «ترویج زایمان طبیعی»، «اورژانس هوایی و حمایت از بیماران صعب‌العلاج».

اجرای طرح تحول سلامت، تحسین برخی کارشناسان را برانگیخت، رنجبرزاده، عضو هیات رئیسه مجلس، خروج بیماران از سردرگمی و گرفتاری را از نتایج طرح تحول دانست^۱. تاجگردون، عضو کمیسیون برنامه‌بودجه، نیز توسعه زیرساخت‌های سلامت و حل مشکلات مردم در حوزه سلامت را حاصل عملکرد طرح تحول برشمرد^۲.

اقدامات انجام‌شده در اجرای طرح تحول به تفکیک گام‌های مختلف بیان می‌شود، در گام اول طرح تحول، سهم پرداختی مردم در بخش بستری بیمارستان‌های دولتی از ۳۷ درصد به ۱۰ درصد در شهرستان‌ها و از ۱۸ درصد به ۵ درصد در روستاها رسید^۳. علاوه بر این، ۱۱ میلیون نفر از جمعیت کشور تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفتند؛ به واسطه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، ۲۲۰۰ پزشک به مناطق محروم افزوده شد و تعداد مراکز فاقد پزشک در این مناطق کاهش یافت. همچنین طی برنامه ترویج زایمان طبیعی در دولت یازدهم، سهم زایمان طبیعی از کل زایمان‌ها ۱۱ درصد افزایش یافت^۴.

با کاهش سهم پرداختی مردم و همچنین افزایش تعداد بیمه‌شدگان، مراجعه به مراکز درمانی فزونی یافت و متعاقباً هزینه بیمارستان‌ها و در قبال آن هزینه بیمه‌ها زیاد گردید؛ به گفته ربیعی، وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی، این بدهی تا ۱۱ هزار میلیارد تومان در سال ۹۵ هم رسید^۵.

گام دوم طرح تحول سلامت با تمرکز بر پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر و بهداشت در خردادماه ۹۳ آغاز شد^۶. از جمله اقداماتی که ذیل این گام انجام شد می‌توان به بازسازی، بهسازی و تکمیل شبکه‌های بهداشت روستایی در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و افتتاح نزدیک به ۲۹۰۰ پایگاه سلامت برای پوشش خدمات بهداشتی اولیه برای ساکنان بیش از ۱۰ میلیون نفر حاشیه‌نشینان شهرها اشاره داشت^۷. اگرچه در مهرماه سال ۹۵ از تدوین سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر ذیل این گام از سوی معاونت بهداشت وزارت بهداشت اعلام شد اما در ادامه نظر به کمبود منابع در وزارت بهداشت از اجرای آن اخباری منتشر نشد^۸.

^۱ خبرگزاری خانه ملت؛ کدخبر: ۱۳۳۲۵۸۲

^۲ اقتصاد نیوز، کدخبر: ۱۶۵۶۰۶

^۳ خبرگزاری صداوسیما؛ کدخبر: ۵۳۹۹۵

^۴ سایت خبری افکارنیوز؛ کدخبر: ۵۶۹۴۹۲

^۵ خبرگزاری فارس؛ کدخبر: ۱۳۹۵۱۰۱۷۰۰۰۱۷۴

^۶ خبرگزاری ایسنا؛ کدخبر: ۹۳۰۳۰۳۰۰۸۴۳

^۷ ایرنا/ کد خبر: ۸۱۹۴۰۹۷۸

^۸ خبرگزاری صدا و سیما، کد خبر: ۱۳۱۳۸۶۵

اجرای گام سوم طرح تحول سلامت، در مهرماه سال ۹۳ آغاز شد.^۹ قاضی‌زاده، وزیر بهداشت، هدف از اجرای این گام را واقعی سازی تعرفه‌ها و در نتیجه آن حذف زیرمیزی از نظام درمانی کشور می‌دانست.^{۱۰} طی اجرای این گام در سال ۹۴ با ویرایش کتاب ارزش‌های نسبی، تعرفه‌های درمانی به‌طور میانگین در بخش خصوصی و دولتی ۱۵۰ درصد افزایش یافت.^{۱۱} این روند افزایش تعرفه‌ها در سال ۹۵، ۱۰ درصد^{۱۲} و در سال ۹۶، ۵ درصد^{۱۳} ادامه یافت. اما با این وجود، شواهدی مبنی بر کاهش زیرمیزی پزشکان وجود ندارد^{۱۴} و زالی، رئیس نظام پزشکی نظام پزشکی در سال ۹۵ طی نامه‌ای به معاون اول رئیس‌جمهور خواستار افزایش تعرفه‌ها شد.^{۱۵}

گام چهارم طرح تحول سلامت، با دستور وزیر بهداشت در سال ۹۵، تحت عنوان برنامه تحول و نوآوری ابلاغ شد. در این رابطه قاضی‌زاده، مهر ۹۵ اعلام نمود که آموزش‌های پزشک خانواده ذیل گام چهارم صورت خواهد پذیرفت^{۱۶}؛ به رغم این صحبت‌ها اما در عمل تحولی در نظام آموزش پزشکی و همچنین پزشک عمومی انجام نشد.

اقدامات انجام‌شده در زیرمجموعه طرح تحول سلامت قابل‌مقایسه با دولت‌های قبلی نیست، اما برخی کارشناسان انتقادات اساسی را به این طرح وارد می‌دانند. در همین راستا، پزشک‌یان، نایب‌رئیس مجلس، اجرای طرح تحول در خارج از چارچوب قانون را، باعث مشکلات مالی در نظام سلامت دانست و همچنین بر این باور است اجرای اشتباه قانون، نتایج نامطلوبی را به بار آورد. کواکبیان، نماینده مردم تهران در مجلس نیز در رابطه با اجرای طرح تحول این چنین اظهار نظر نمود: «اگرچه طرح تحول سلامت خیلی کمک کرده است ولی خیلی هم بریزوبپاش شده است.» انتقادات به اجرای طرح تحول پایانی نداشت^{۱۷}. نوبخت، رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس نیز طرح تحول سلامت را به چاهی که ته ندارد تشبیه کرد. وی اجرای طرح تحول را بدون مطالعه و عجولانه دانست، و عدم اصلاح آن را غیرقابل‌تداوم برشمرد^{۱۸}.

مدیریت مناسب بازار دارو

یکی از اقدامات ارزشمند وزارت بهداشت دولت یازدهم، «سامان‌دهی بازار آشفته دارو» بود؛ این بازار، بیماران خاص و صعب‌العلاج را با مشکل روبرو ساخته بود. وزارت بهداشت با اقدام به‌موقع، کمبود ۳۳۰ قلم دارو را در سال ۹۱ به ۳۰ قلم دارو در سال جاری کاهش داد. علاوه بر این، رویکرد دولت در زمینه واردات دارو، به افزایش ده‌درصدی سهم بازار داروی تولید داخل منجر گردید^{۱۹}. همچنین سازمان غذا و دارو در آبان ۹۴ با پیاده‌سازی سامانه کد رهگیری و کنترل

^۹ سایت خبری خیرآنلاین / کدخبر: ۳۷۸۱۸۳

^{۱۰} پایگاه خبری عیار آنلاین؛ کدخبر: ۸۴۱۱۶

^{۱۱} خبرگزاری فارس؛ کدخبر: ۱۳۹۵۰۳۱۰۰۱۲۵۴

^{۱۲} خبرگزاری ایسنا؛ کدخبر: ۹۵۰۳۱۳۰۸۰۸۷/

^{۱۳} خبرگزاری خانه ملت؛ کدخبر: ۳۳۷۴۴۱

^{۱۴} خبرگزاری خانه ملت؛ کدخبر: ۲۹۸۳۲۸

^{۱۵} خبرگزاری ایسنا؛ کدخبر: ۹۵۰۲۲۶۱۶۳۱۳

^{۱۶} خبرگزاری مهر؛ کدخبر: ۳۷۸۸۱۰۰

^{۱۷} خبرگزاری فارس؛ کدخبر: ۱۳۹۶۰۲۱۵۰۰۱۲۷۱

^{۱۸} سایت خبری عیارآنلاین؛ کدخبر: ۲۲۰۵۸۳

^{۱۹} خبرگزاری تسنیم؛ کدخبر: ۱۴۰۳۳۱۰

اصالت دارو و تجهیزات پزشکی^{۲۰} میزان قاچاق دارو تا ۸۰ درصد کاهش یافت و ضررهای ناشی از داروی قاچاق را کاسته شد^{۲۱}.

تولید دارو به واسطه سرمایه‌گذاری خارجی

تقویت سرمایه‌گذاری خارجی و زمینه‌سازی برای حضور شرکت‌های خارجی در صنعت دارویی در ایران باهدف تولید داروهای باکیفیت، اهدافی به شمار می‌رفت که وزارت بهداشت بعد از توافق هسته‌ای در پی آن بود. سازمان غذا و دارو در جهت کاهش واردات دارو و انتقال تکنولوژی به ایران، در ابتدای سال ۹۵ مشوق‌هایی را برای تولید دارو تحت لیسانس برندهای خارجی در نظر گرفت^{۲۲}. در این زمینه دیناروند، رئیس سازمان غذا و دارو حتی بر مالکیت صد درصد شرکت‌های خارجی نیز اذعان نمود^{۲۳}. با پیش گرفتن این رویه، میزان واردات به کشور کاهش و ارزش دارویی داخل کشور از ۶۰ درصد به ۷۰ درصد افزایش یافت^{۲۴}. به نظر می‌رسد رویکرد وزارت بهداشت در دولت گذشته برخلاف سیاست‌های کلی سلامت و برنامه‌های توسعه، به سمت نهادینه کردن داروهای برند به‌جای نظام ژنریک در کشور بود.

تجهیز ناوگان اورژانس کشور

یکی از کاستی‌های نظام سلامت کشور، تعداد ناکافی پایگاه هوایی اورژانس، تخت مراقبت‌های ویژه و آمبولانس استاندارد بود. در چهارساله دولت یازدهم تعداد پایگاه‌های هوایی اورژانس کشور به ۲۴ پایگاه رسید که نیاز کشور در این زمینه برای پوشش تمام نقاط کشور به ۴۴ پایگاه هوایی است^{۲۵}. در این مدت بیش از ۲۴۰۰ تخت مراقبت‌های ویژه به اورژانس کشور افزوده شد. همچنین تعداد ۲۴۰۰ آمبولانس به ناوگان اورژانس اضافه شد^{۲۶}.

حذف معاونت طب سنتی

قاضی‌زاده هاشمی در اردیبهشت سال ۹۵ معاونت طب سنتی وزارت بهداشت را منحل و ضمن تنزل سازمانی، اداره کل دفتر طب سنتی را راه‌اندازی نمود^{۲۷}. این اقدام در حالی صورت گرفت که در ابلاغیه سیاست‌های کلی سلامت مقام معظم رهبری به ترویج طب سنتی و گیاهان دارویی تأکید شده بود. مسئولین وزارت بهداشت معتقدند به دلیل محدودیت قانون در افزودن معاونت جدید به ساختار و اهمیت مسائل اجتماعی ناچار به حذف این معاونت شدند. در همین رابطه معاونت اجتماعی وزارت بهداشت جایگزین معاونت طب سنتی شد^{۲۸}.

با وجود تنزل معاونت سازمانی طب سنتی، اما از سوی اداره کل طب سنتی اقداماتی در دستور کار قرار گرفت؛ خدادوست، مدیرکل دفتر طب سنتی در راستای استانداردسازی طب سنتی، سال ۹۵ اقدام به ابلاغ آیین‌نامه تأسیس

^{۲۰} پایگاه اطلاع رسانی وزارت بهداشت؛ کدخبر: ۲۳۰۶

^{۲۱} خبرگزاری خانه ملت؛ کدخبر: ۳۴۱۵۲۴

^{۲۲} سازمان غذا و دارو/ شماره نامه: ۶۹۲۷/۶۶۵ تاریخ: ۱۳۹۵/۰۱/۲۸

^{۲۳} خبرگزاری مهر؛ کدخبر: ۳۰۱۹۰۶۲

^{۲۴} سایت خبری عیار آنلاین؛ کدخبر: ۲۰۵۶۱۵

^{۲۵} خبرگزاری مهر؛ کدخبر: ۳۹۱۹۰۸۵

^{۲۶} خبرگزاری مهر؛ کدخبر: ۳۹۳۰۴۳۶

^{۲۷} تسنیم/ کد خبر: ۳۵۸۵۴۴

^{۲۸} فارس/ کد خبر: ۱۳۹۵۰۱۳۰۰۰۱۱۲۸

داروخانه‌های گیاهی نمود^{۲۹} که در پس این اقدام، انجمن داروخانه‌های کشور به آن معترض شدند^{۳۰}. با افزایش اعتراض این صنف از نظام طب مدرن، اجرای آیین‌نامه به زمان دیگری موکول شد. همچنین از دیگر اقدامات اداره کل دفتر طب سنتی، در راستای ادغام طب سنتی در طب مدرن، اجباری شدن ۲ واحد درسی برای دانشجویان رشته‌های پزشکی اشاره کرد^{۳۱}.

به‌طور کلی با توجه به تأکید سیاست‌های کلی سلامت بر «بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران^{۳۲}» و با مرور اقدامات وزارت بهداشت در قبال طب سنتی، می‌توان گفت که این شاخه از طب، چندان که باید و بشاید، مورد توجه قرار نگرفت. در این خصوص برخی اعتقاد دارند که برای پیشبرد اهداف طب سنتی در کنار طب مدرن لازم است سازمانی مستقل با مجموعه اختیارات در اختیار متخصصان این صنف قرار داده شود^{۳۳}.

احداث ۲۰ هزار تخت بیمارستانی

یکی از معضلات نظام سلامت کشور کمبود تعداد تخت بیمارستانی و فرسودگی بیمارستان‌های موجود است. هم‌اکنون در این رابطه شاخص تعداد تخت‌های بیمارستانی کشور ۱,۷ به ازای هزار نفر در کشور است^{۳۴}، که این میزان در مقایسه با میانگین جهانی (۲,۹ تخت به ازای هزار نفر) اختلافی بسیار دارد. همچنین به گفته وزیر بهداشت در سال ۹۴، ۶۵ درصد از بیمارستان‌های کشور فرسوده تلقی می‌شوند^{۳۵}. با توجه به پیری جمعیت، مسئله افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی اهمیت می‌یابد. از این رو وزارت بهداشت برای ساخت ۲۱ هزار تخت بیمارستانی همت گماشت و به ادعای وزیر بهداشت تا پایان دولت این تعداد تخت بیمارستانی تحویل مردم می‌شود^{۳۶}. به گفته ساکی، مدیرکل دفتر توسعه مدیریت منابع فیزیکی و عمرانی، وزارت بهداشت برای تحویل تخت‌های بیمارستانی ۱۱ هزار میلیارد هزینه شده است و ۱۶ هزار از تخت‌ها برای بیمارستان‌های جدید بوده است و مابقی برای نوسازی بیمارستان‌ها اجرایی شده است^{۳۷}.

اجرای سامانه یکپارچه بهداشت

شفاف‌سازی نظارت بر عملکرد بیماران و پزشکان، سیاست‌گذاری و اقدام را در زمینه نظام سلامت تسهیل می‌کند. پرونده الکترونیک سلامت باهدف پیش و نظارت بر عملکرد بازیگران نظام سلامت در قانون برنامه پیش‌بینی شده است و مطابق آن اطلاعات درمانی و آزمایشگاهی فرد در طول حیات فرد جهت پشتیبانی از مراقبت مستمر و باکیفیت بهتر ثبت می‌گردد. با ثبت اطلاعات در سامانه الکترونیکی، مزایایی چون تسهیل نظارت کاهش خطای پزشکی به‌واسطه حذف نسخه کاغذی فراهم می‌شود. باوجود تأکید قانون برنامه ششم توسعه و نیز وعده مسئولین در خصوص اجرای آن از سال ۸۳، تا به حال این مهم به مرحله اجرا نرسیده است^{۳۸}. اما در اردیبهشت سال ۹۶ از سوی وزیر بهداشت اعلام

^{۲۹} خبرگزاری ایرنا؛ کدخبر: ۸۲۳۱۱۸۰۴

^{۳۰} خبرگزاری مهر؛ کدخبر: ۳۷۳۳۲۹۶

^{۳۱} خبرگزاری ایرنا؛ کدخبر: ۸۲۵۶۸۵۶۰

^{۳۲} بند دوازده

^{۳۳} خبرگزاری تسنیم؛ کدخبر: ۱۰۵۳۱۹۰

^{۳۴} ایرنا/ کد خبر: ۸۲۱۶۷۰۶۹

^{۳۵} خبرگزاری مهر؛ کدخبر: ۳۶۹۱۳۸۵

^{۳۶} خبرگزاری ایرنا؛ کدخبر: ۸۲۴۵۸۲۰۵

^{۳۷} خبرگزاری ایسنا؛ کدخبر: ۹۶۰۴۱۸۰۹۶۹۷

^{۳۸} روزنامه همشهری؛ کدخبر: ۳۲۶۳۹۲

شد، اطلاعات ۶۶ میلیون از افراد در سامانه سیب (سامانه یکپارچه بهداشت) به ثبت رسیده است و دارای پرونده الکترونیک سلامت هستند^{۳۹}.

گفتنی است که سامانه یکپارچه بهداشت در سال ۹۴ با هدف ثبت اطلاعات بهداشتی، واکسیناسیون و بیماری‌های مزمن رونمایی شده بود^{۴۰} بنابراین با ثبت اطلاعات بهداشت در این سامانه نمی‌توان اهداف پرونده الکترونیک سلامت را محقق شده دانست.

این نکته قابل توجه است که در بسیاری از کشورها، بیمه‌ها به‌عنوان خریدار خدمت متمایل‌اند پرونده الکترونیک سلامت را اجرایی کنند زیرا با اجرای آن می‌توانند بر عملکرد فروشنده خدمت (مراکز درمانی) به‌صورت کامل نظارت کنند. البته لازم است ذکر شود سازمان تأمین اجتماعی در مراکز ملکی خود پرونده سلامت الکترونیک را به اجرا رسانده است^{۴۱}.

ابلاغ راهنماهای بالینی

راهنمای بالینی خدمات پزشکی یا همان گایدلاین، مبنا و راهنمای انجام خدمات درمانی است. این راهنما خطرپذیری بیمار و پزشک را کاهش می‌دهد و احکام صادره در محاکم پزشکی را نیز عادلانه‌تر می‌سازد. بدین ترتیب نظر به اهمیت موضوع، در بهمن ۹۵ از سوی وزیر بهداشت راهنمای بالینی ۲۰۰ خدمت ابلاغ شد تا با همکاری بیمه‌های خدمات درمانی اجرایی شود^{۴۲}. هیئت‌وزیران در خرداد سال ۹۶ اجرای ۵۰ راهنماهای بالینی ابلاغی وزارت بهداشت از سوی سازمان‌های بیمه‌گر را تصویب نمود^{۴۳}.

افزایش پذیرش بومی رشته پزشکی

هم‌اکنون یکی از مشکلات نظام سلامت، کمبود نیروی انسانی و پزشک متخصص و همچنین توزیع نامتوازن آن در کشور است که به‌واسطه این مشکل، برخی از مناطق محروم از کمبود یا نبود پزشک رنج می‌برند^{۴۴}. از این رو وزارت بهداشت در سال‌های اخیر با پرداخت کارانه نوعی مشوقی را برای حضور پزشکان در مناطق محروم فراهم نمود. همچنین در سال ۹۲ معاون آموزشی وزارت بهداشت ظرفیت پذیرش بومی رشته‌های مرتبط با پزشکی را از ۱۰ درصد به ۳۰ درصد افزایش داد^{۴۵}. می‌توان پیش‌بینی کرد که این اقدام اعزام پزشک به مناطق محروم را منتفی نماید و با رفع مشکلات هزینه‌ای، ماندگاری افراد در مناطق محروم را افزایش دهد.

^{۳۹} خبرگزاری مهر؛ کدخبر: ۳۹۷۸۹۰۳

^{۴۰} باشگاه خبرنگاران جوان؛ کدخبر: ۱۰۵۷۶۸۳

^{۴۱} سایت خبری سلامت نیوز؛ کدخبر: ۲۰۸۸۳۶

^{۴۲} خبرگزاری مهر/ کدخبر: ۹۵۱۱۰۳۰۱۵۵۷

^{۴۳} مصوبه هیات وزیران؛ شماره: ۳۷۹۹۵/۵۴۲۴۰

^{۴۴} سایت خبری الف؛ کدخبر: ۴۵۵۲۰۷

^{۴۵} خبرگزاری ایسنا؛ کدخبر: ۹۲۰۷۱۰۰۶۴۰۴

❖ امور مغفول

اجرائی نشدن پزشک خانواده و نظام ارجاع

اجرای نظام ارجاع یا نظام سطح‌بندی و طرح پزشک خانواده یکی از تکالیف محوری نظام سلامت طی دهه اخیر و نیز مورد تأکید سیاست‌های کلی نظام سلامت^{۴۶} و برنامه‌های پنجم^{۴۷} و ششم^{۴۸} توسعه بوده است؛ مطابق این نظام، افراد بعد از مراجعه به پزشک خانواده و راهنمایی وی به پزشکان متخصص و سطوح مختلف تخصص مراجعه می‌کنند و پزشک خانواده نیز بر عملکرد پزشکان متخصص در قبال بیمار ارجاعی نظارت می‌نماید.

مسئولین وزارت بهداشت دولت یازدهم، با اشاره به نبود امکانات و سخت‌افزارهای لازم جهت اجرای طرح فوق، از طرح «مراقبین سلامت» به‌جای پزشک خانواده سخن می‌گفتند^{۴۹}. تفاوت طرح مراقبین سلامت با پزشک خانواده در این است که کارشناس سلامت به‌جای پزشک عمومی، بیمار را به متخصص مربوطه ارجاع می‌دهد. رنجبرزاده، عضو هیئت‌رئیس مجلس، در راستای اجرای طرح پزشک خانواده بر این باور است که پزشک خانواده به‌عنوان ناظر بر عملکرد سایر پزشکان به‌عنوان دروازه نظام ارجاع مطرح هستند و در کنترل هزینه‌ها و جلوگیری از ارائه خدمات غیرضروری به بیمار نقش ایفا می‌کنند^{۵۰}. اجرائی نشدن نظام ارجاع و پزشک خانواده در سال‌های اخیر را می‌توان یکی از دلایل کنترل نشدن هزینه‌ها در نظام سلامت دانست.

عدم اصلاح نظام پرداخت پزشکان

موضوع پرداخت حقوق نجومی یکی از پرحاشیه‌ترین موضوعاتی بود که طی چند سال اخیر از سوی رسانه‌ها و مردم مورد توجه قرار گرفت. به اذعان گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس^{۵۱} و سازمان بازرسی کل کشور^{۵۲}، یکی از دستگاه‌هایی که در آن‌ها حقوق‌های کلان پرداخت شد، وزارت بهداشت بود.

بدون شک نظام پرداخت فی فور سرویس (کارانه) را می‌توان متهم اول حقوق‌های نجومی پزشکان قلمداد نمود^{۵۳}. این نظام پرداخت پزشکان را راغب می‌کند تا بدون محدودیت و به دفعات از تیغ جراحی خود استفاده کنند و تقاضای القایی افزایش یابد. نظام پرداخت با رویه فعلی، همراه با افت کیفیت خدمات، هزینه‌ها را افزایش و فراموشی آموزش و پژوهش در نظام سلامت می‌شود^{۵۴}. پزشکیان، نائب رئیس مجلس نیز بر این باور است شیوه دریافتی پزشکان بر اساس کارانه منطقی نیست و این رویه منجر به پرداخت‌های کلان به پزشکان می‌شود. وی برای ممانعت از حقوق‌های کلان

^{۴۶} بند هشتم

^{۴۷} ماده ۳۲ بند (ج)

^{۴۸} ماده ۷۴

^{۴۹} سایت خبری سلامت نیوز؛ کدخبر: ۱۸۷۴۷۴

^{۵۰} خبرگزاری خانه ملت؛ کدخبر: ۳۱۰۶۵۹

^{۵۱} خبرگزاری تسنیم؛ کدخبر: ۱۱۲۲۸۹۶

^{۵۲} خبرگزاری فارس؛ کدخبر: ۱۳۹۵۰۴۲۱۰۰۱۴۸۳

^{۵۳} سایت خبری خبرآنلاین؛ کدخبر: ۵۹۳۷۴۹

^{۵۴} تسنیم/شناسه خبر: ۱۱۲۵۰۵۲

خرید راهبردی را بهترین نسخه می‌داند^{۵۵}. با این توصیفات ضرورت دارد مجلس شورای اسلامی مبنی بر تأکید سیاست‌های کلی سلامت بر اصلاح نظام پرداخت همت گمارد.

اجرا نشدن قانون تمام‌وقتی پزشکان

حضور هم‌زمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی یکی از مشکلات نظام سلامت کشور است. حضور پزشکان در هر دو بخش به دلیل تعارض منافع پزشکان، باعث بسترسازی مشکلات درمانی بیمار خواهد شد. در برنامه پنجم توسعه^{۵۶} به صراحت فعالیت هم‌زمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی و همچنین حضور ذی‌نفعان بخش خصوصی در جایگاه ستاد وزارت بهداشت و رفاه تخلف قلمداد شده است. همچنین در برنامه ششم توسعه^{۵۷} به این موضوع با ذکر استثنائاتی اشاره شده است. به‌رغم تأکیدات مذکور، در این حیطه اقدام مؤثری انجام نشد.

در عین حال معاون درمانی وزارت بهداشت بر این باور است که با واقعی‌سازی تعرفه‌ها در بخش دولتی در طرح تحول سلامت، تعداد پزشکان متخصص و فوق‌متخصص تمام‌وقت دولتی از ۱۸ درصد در سال ۹۲ به ۴۹ درصد در سال ۹۵ افزایش یافت^{۵۸}. البته این نکته را باید افزود که وضعیت اجرای قانون برای کارکنان ستادی وزارت بهداشت و پزشکان قبلی نامشخص است؛ همچنین تضمین و شفافیتی برای فعالیت نکردن پزشکان تمام‌وقت (جدید) دولتی در بخش خصوصی وجود ندارد^{۵۹}.

غفلت از قصور پزشکی و حقوق بیماران

مرگ کارگردان مشهور، عباس کیارستمی در سال ۹۵، به دلیل قصور پزشکی بهانه‌ای شد تا مباحثی مانند کیفیت ارائه خدمت به بیمار و حقوق بیمار در فضای رسانه‌ای و کارشناسی کشور مطرح شود. البته آمار دقیق و شفافیت از تعداد خطاهای پزشکی وجود ندارد. اما نایب رئیس کمیسیون قضایی مجلس، تلویحاً از افزایش تعداد پرونده خطای پزشکی در سال‌های اخیر خبر داد^{۶۰}. هرچند که تعداد پرونده خطای پزشکی تابلوی مناسبی برای تعداد قصور پزشکی محسوب نمی‌شود زیرا برخی از افراد به دلیل ناآگاهی از حقوق خود از شکایت خود صرف‌نظر می‌کنند^{۶۱}.

مسئولان وزارت بهداشت، در فروردین سال ۹۵ از تشکیل کمیته پیشگیری از خطاهای پزشکی خبر دادند و وظیفه آن را پیشگیری سیستماتیک از خطای پزشکی عنوان کردند^{۶۲}؛ نباید از نظر دور داشت که هم‌اکنون سازمان صنفی پزشکان یعنی نظام پزشکی پرونده‌های خطای پزشکی را بررسی می‌نماید؛ بنابراین پزشکان بر پزشکان نظارت می‌کنند و بیمار نماینده‌ای برای دفاع از حق خود ندارد. این در حالی است که در سیاست‌های کلی سلامت بر ارتقای «اخلاق پزشکی» و «آگاه‌سازی مردم نسبت به حقوق خود» و «صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران» تأکید دارد^{۶۳}.

^{۵۵} خبرگزاری مهر؛ [کدخبر: ۳۸۱۸۰۰۰](#)

^{۵۶} ماده ۳۲ بند (د)

^{۵۷} ماده ۷۴ بند (ب)

^{۵۸} روزنامه دنیای اقتصاد؛ [کدخبر: ۱۱۴۸۳۱۷](#)

^{۵۹} خبرگزاری مهر؛ [کدخبر: ۳۰۱۹۰۶۲](#)

^{۶۰} سایت خبری و تحلیلی سلامت نیوز؛ [کدخبر: ۲۱۳۸۵۶](#)

^{۶۱} خبرگزاری آنا؛ [کدخبر: ۱۲۳۴۵](#)

^{۶۲} خبرگزاری ایرنا؛ [کدخبر: ۸۲۰۲۰۰۳۶](#)

^{۶۳} ماده ۱؛ دسترسی در اینجا

با این توضیحات جای مرجعی رسمی، بی طرف و متخصص جهت بررسی خطاهای پزشکی در نظام سلامت خالی به نظر می‌رسد.



❖ تحولات مرتبط پیرامونی

ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت

در ابتدای سال ۹۳، سیاست‌های کلی سلامت در ۱۴ بند کلی از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ شد که انتظار می‌رود تمامی دستگاه‌های دخیل در امر سلامت، برنامه‌ریزی خود را در جهت این سیاست‌ها انجام دهند. وزیر بهداشت نیز در اردیبهشت سال ۹۳ از عزم وزارت بهداشت برای حرکت در راستای تحقق سیاست‌های کلی سلامت سخن گفت.^{۶۴} شاید بتوان رویکردهای اصلی سیاست‌های کلی سلامت را در موارد زیر خلاصه نمود: اصلاح ساختار نظام سلامت با تأکید بر موارد مغفولی چون اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده، پیاده‌سازی سامانه پرونده الکترونیک سلامت و تأکید بر سلامت‌محوری به‌جای درمان‌محوری و توجه به نقش طب مکمل در عرصه سلامت.

بدهی هنگفت بیمه‌های درمانی

بعد از گذشت دو سال از اجرای طرح تحول سلامت، منابع نظام سلامت با کمبود روبرو شد. تا نیمه سال ۹۵، بیمه سلامت ایرانیان ۶۴۰۰ میلیارد تومان^{۶۵} و بیمه تأمین اجتماعی ۳ هزار میلیارد تومان^{۶۶} به‌نظام سلامت بدهکار شدند. بدهی بیمه‌ها به بیمارستان‌ها حتی به متوقف شدن ارائه خدمات برخی بیمارستان‌ها به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی انجامید.^{۶۷} دولت برای رفع مشکل در لایحه متمم بودجه ۹۵، پیشنهاد انتشار اوراق ۶ هزار میلیارد تومانی را مطرح نمود^{۶۸} که مجلس با افزودن ۲ هزار میلیارد تومان دیگر بر رقم عنوان‌شده لایحه را تصویب نمود^{۶۹}.

شایان ذکر است که راهکار انتشار اوراق قرضه برای طرح‌های سودده کاربرد دارد؛ طرح‌هایی که در تأمین مالی اولیه دچار مشکل هستند و با بهره‌برداری از آن‌ها در آینده، قادر به تأمین اصل و سود اوراق خواهند بود. به باور راغفر، اقتصاددان و استاد دانشگاه، انتخاب راه‌حل انتشار اوراق قرضه، برای طرح تحول سلامت که تأمین منابع آن دشوار است به معنای بدهکار کردن دولت‌های آینده است؛ زیرا همین صندوق‌های بیمه که هم‌اکنون دارای بدهی هستند باید همین وجوه را در سال‌های بعد با نرخ بهره بالاتر بپردازند.^{۷۰}

اما با تصویب انتشار اوراق قرضه در شهریور سال ۹۵، زخم بدهی بیمه‌های خدمات درمانی به بیمارستان‌ها و مراکز دارویی مرهم نیافت. در تیرماه سال ۹۶، معاون درمانی وزارت بهداشت مجدداً به بدهی ۹ هزار میلیاردی بیمه‌ها به مراکز درمانی اذعان نمود^{۷۱}. با افزایش بدهی بیمه‌ها به مراکز درمانی، بیمارستان‌ها نیز با مشکلات مالی روبرو شدند و به شرکت‌های توزیع دارو بدهکار شدند.

^{۶۴} خبرگزاری ایرنا؛ کدخبر: ۸۱۱۳۹۷۴۸

^{۶۵} خبرگزاری ایرنا؛ کدخبر: ۸۲۲۱۲۲۱۷/

^{۶۶} خبرگزاری تسنیم؛ کدخبر: ۱۲۲۰۲۹۸

^{۶۷} سایت خبری سلامت نیوز؛ کدخبر: ۲۰۴۲۴۷

^{۶۸} خبرگزاری صدا و سیما؛ کدخبر: ۱۲۵۲۴۱۰

^{۶۹} خبرگزاری ایرنا؛ کدخبر: ۸۲۱۸۷۶۸۵

^{۷۰} روزنامه جوان؛ کدخبر: ۸۰۷۹۰۶

^{۷۱} خبرگزاری فارس؛ کدخبر: ۱۳۹۶۰۴۱۲۰۰۶۶۱

مطابق اظهارات محجوب، نماینده مردم تهران در مجلس، میزان هزینه‌های درمانی صندوق تأمین اجتماعی در سال‌های گذشته بیش از دو برابر افزایش یافته است.^{۷۲} کارشناسان بر این باورند که به‌طور کلی علت هزینه‌های سرسام‌آور نظام سلامت را باید در افزایش تعرفه‌ها و تقاضای القایی جستجو نمود.^{۷۳}

در جهت رفع بحران مالی صندوق‌های بیمه در جریان تصویب برنامه ششم توسعه، انتقال بیمه سلامت به وزارت بهداشت به تأیید مجلس رسید. هیئت‌وزیران نیز در خرداد ماه ۹۶ مصوب نمود تا براساس آزمون وسیعی که از افراد تحت پوشش بیمه سلامت گرفته می‌شود، بخش از حق بیمه از سوی خود بیمه‌شدگان پرداخت شود.^{۷۴} تعیین سقف برای دفترچه‌های بیمه و نیز هزینه‌کرد بیمارستان‌ها راه حلی دیگری بود که از سوی وزیر بهداشت در خرداد ماه ۹۶ جهت مدیریت هزینه‌ها اعلام شد. وی اعلام نمود که «نمی‌توانیم بدون حساب و کتاب برای کشور هزینه تولید کنیم و همه فشار را روی جامعه پزشکی بگذاریم و باید واقعیات را به مردم بگوییم».^{۷۵}

انتقال سازمان بیمه سلامت به وزارت بهداشت

همواره وزارت بهداشت در دولت یازدهم برای نظارت بر هزینه‌کرد بیمه‌ها معتقد بود بیمه‌ها بایستی تجمیع شود و با محوریت وزارت بهداشت اداره شوند. در شهریورماه ۹۵ که میزان بدهی بیمه‌های درمانی به مراکز دارویی و درمانی سر به فلک کشید که این موضوع در رسانه‌ها پیگیری شد. قاضی‌زاده، وزیر بهداشت بیمه‌ها را پاشنه آشیل نظام سلامت می‌دانست.^{۷۶} حریرچی، قائم‌مقام وی نیز بر این باور بود مطابق ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه، تجمیع بیمه‌ها یک تکلیف قانونی است.^{۷۷} از سوی دیگر رئیس^{۷۸} و نائب رئیس^{۷۹} کمیسیون بهداشت مجلس، راه‌حل مدیریت منابع و همچنین کمبود منابع مالی را در تجمیع بیمه‌ها می‌دانستند و معتقد بودند که اقدام در این راستا صرفه‌جویی در هزینه‌ها را در پی خواهد داشت.

البته لازم است ذکر شود مطابق بند نهم سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری به توسعه کمی و کیفی بیمه‌ها و رقابت بیمه‌ها اشاره شده است؛ ضمناً این موضوع نیز مطرح شد که سهم درمان در صندوق‌های متفاوت یکسان نیست^{۸۰} و مطابق ماده ۱۱ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، ادغام آن با صندوق‌هایی با منابع دولتی، غیرممکن خواهد بود.^{۸۱}

با آغاز بررسی برنامه ششم توسعه^{۸۲} در مجلس، این بار موضوع انتقال بیمه‌ها ذیل وزارت بهداشت مطرح گشت^{۸۳} و پیشنهاد شد که در راستای هماهنگی بیشتر، ارائه‌دهنده خدمت (وزارت بهداشت) و خرید خدمات (بیمه‌ها)،

^{۷۲} خبرگزاری خانه ملت؛ کدخبر: ۳۳۹۸۱۱

^{۷۳} سایت خبری سلامت‌نیوز؛ کدخبر: ۱۹۳۱۱۳

^{۷۴} تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۵۴۰۴۸/۳۷۹۹۱

^{۷۵} سایت خبری سلامت‌نیوز؛ کدخبر: ۲۱۴۹۲۰

^{۷۶} خبرگزاری ایرنا/ کد خبر: ۸۲۲۰۹۳۰۶

^{۷۷} خبرگزاری صداوسیما/ کد خبر: ۱۳۶۷۴۰۸

^{۷۸} خبرگزاری صداوسیما/ کد خبر: ۱۳۷۳۰۶۳

^{۷۹} خبرگزاری فارس/ کد خبر: ۱۳۹۵۰۶۰۸۰۰۰۶۱۴

^{۸۰} سایت سلامت‌نیوز/ کد خبر: ۱۹۶۶۱۸

^{۸۱} خبرگزاری خانه ملت/ کد خبر: ۳۱۲۷۳۶

^{۸۲} ماده ۷۴

^{۸۳} خبرگزاری مهر/ کد خبر: ۳۸۰۸۱۹۸

صندوق‌های بیمه به وزارت بهداشت منتقل شوند تا وضعیت مالی نظام سلامت بهبود یابد.^{۸۴} اما استدلال‌های مسئولین وزارت بهداشت بی‌جواب نماند و مخالفان معتقد بودند در همان بند ۷-۲ سیاست‌های کلی سلامت به تفکیک خرید خدمت و ارائه خدمت اشاره شده است و همچنین با انتقال صندوق‌ها بیمه به وزارت بهداشت وظایف خریدار، فروشنده و ناظر بر عهده یک وزارتخانه خواهد بود.^{۸۵} که این امر بستر بروز فساد را فراهم می‌آورد. نهایتاً طی بررسی برنامه ششم توسعه، مجلس نمایندگان با پیشنهاد کمیسیون بهداشت مبنی بر انتقال بیمه ایرانیان به وزارت بهداشت موافقت کردند و با تجمیع بیمه‌ها و انتقال شورای عالی بیمه به وزارت بهداشت مخالفت نمودند.^{۸۶}

افزایش هزینه‌های سلامت در سبد هزینه‌های خانوار

وزارت بهداشت در گام اول طرح تحول سلامت، سهم پرداختی بیماران در بخش بستری بیمارستان‌های دولتی را از ۳۷ درصد به ۱۰ درصد در شهرها و از ۱۸ درصد به ۵ درصد در روستاها کاهش داد. در گام سوم طرح نیز سهم پرداختی بیماران در بخش بستری در بیمارستان دولتی از ۱۰ درصد به ۶ درصد در شهرها و از ۵ درصد به ۳ درصد در روستاها کاهش پیدا کرد.^{۸۷} پس از اجرای گام‌های طرح تحول با این اقدامات، از سوی مسئولین اعلام شد کل پرداختی از جیب مردم از ۵۵ درصد به ۴۰ درصد کاهش یافت.^{۸۸} اما روند کاهشی سهم پرداخت بیمار در سال ۹۶ متوقف شد و سهم پرداختی بیماران در بخش بستری به سال ۹۴ بازگشت و در شهرها از ۶ درصد به ۱۰ درصد و در روستاها از ۳ درصد به ۵ درصد افزایش یافت.^{۸۹}

همراه با کاهش‌ها و افزایش‌ها در سهم پرداختی بیمار در بخش بستری بیمارستان دولتی، تعرفه‌ها روندی صعودی پیش‌گرفته بودند. پس از اصلاح کتاب ارزش‌های نسبی (تغییر ضریب k) در گام سوم طرح تحول، در سال‌های ۹۴ و ۹۵ تعرفه‌های درمانی مجدداً افزایش داشتند؛ به نحوی که تعرفه‌های پزشکان به‌طور میانگین در بخش خصوصی و دولتی سه برابر زیاد شدند.^{۹۰}

البته افزایش تعرفه‌ها متوقف نشد و در اواخر خرداد ۹۶ شورای عالی بیمه، تعرفه‌ها را برای چندمین بار در طول اجرای طرح تحول به‌صورت میانگین ۵ درصد افزایش داد.^{۹۱} ناگفته نماند که بنابر اعلام معاون درمان وزارت بهداشت، این وزارتخانه موافق افزایش ۱۰ درصدی تعرفه‌ها برای سال ۹۶ بود.^{۹۲}

خاطرنشان می‌سازد که به‌رغم کاهش سهم پرداخت از جیب مردم در هزینه‌ها (به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌ها) به‌صورت مطلق، میزان پرداختی مردم طی سال‌های اجرای طرح تحول افزایشی چشمگیر داشته است. در همین رابطه

^{۸۴} خبرگزاری ایسنا/ کد خبر: ۹۵۰۸۲۶۱۸۲۸۴

^{۸۵} خبرگزاری خانه ملت/ کد خبر: ۳۱۳۰۷۶

^{۸۶} خبرگزاری ایسنا؛ کد خبر: ۹۵۱۰۱۵۰۹۴۵۱

^{۸۷} خبرگزاری ایرنا؛ کد خبر: ۱۲۳۴۵۶

^{۸۸} خبرگزاری ایرنا؛ کد خبر: ۸۲۵۷۱۰۳۸

^{۸۹} خبرگزاری ایرنا؛ کد خبر: ۸۲۵۷۱۰۳۸

^{۹۰} سایت خبرآنلاین؛ کد خبر: ۵۳۳۱۷۰

^{۹۱} خبرگزاری؛ کد خبر: ۳۳۷۴۴۱

^{۹۲} خبرگزاری ایرنا؛ کد خبر: ۸۲۵۶۰۹۳۱

دانش جعفری، مشاور وزیر بهداشت، بهمن ماه ۹۵ بیان داشت که هفت درصد از هزینه‌های خانوارهای ایرانی به سلامت اختصاص می‌یابد^{۹۳}؛ این در حالی است سهم سرانه سلامت در هزینه‌های خانوار در سال ۹۰، ۵ درصد بود. ناگفته نماند که انتشار حساب‌های ملی سلامت می‌تواند جهت قضاوت صحیح در خصوص هزینه‌کرد اعتبارات سلامت راهگشا باشد که این حساب از سال ۹۰ تاکنون منتشر نشده است.

