

## برنامه‌ریزی، تدوین و اجرای طرح تحول نظام سلامت؛ اجرای طرحی ملی با تولید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق خلق منابع اعتباری جدید و با همکاری گسترده بین‌بخشی با هدف کلی ارتقاء مستمر سطح سلامت در کنار ایجاد عدالت در دسترسی و بهره‌مندی و حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت

محمد آقاجانی<sup>۱\*</sup>، ایرج حریرچی<sup>۲</sup>، علی شهرامی<sup>۳</sup>، علی ماهر<sup>۴</sup>، علیرضا اولیایی‌منش<sup>۵</sup>، پیرحسین کولیوند<sup>۶</sup>، محمدحسین میردهقان<sup>۷</sup>، موسی طباطبایی<sup>۸</sup>، جمشید کرمانچی<sup>۹</sup>، حسن واعظی<sup>۱۰</sup>، فرح بابایی<sup>۱۱</sup>، سعید معنوی<sup>۱۲</sup>، مرضیه زنگنه<sup>۱۳</sup>، آرزو دهقانی<sup>۱۴</sup>، لیلا پورآقاسی<sup>۱۵</sup>، سیده‌سنا حسینی<sup>۱۶</sup>

۱- معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۲- قائم مقام و معاون کل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳- معاون اجرایی معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۴- معاون امور فنی و برنامه‌ریزی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۵- مدیر کل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۶- رئیس سازمان اورژانس کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۷- مدیر کل نظارت و اعتباربخشی امور درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۸- رئیس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۹- مشاور معاون درمان در بیماری‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۰- رییس اداره اورژانس بیمارستانی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۱- رئیس اداره سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۲- کارشناس اداره هماهنگی و برنامه‌ریزی‌های بیمه سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳- مدیر روابط عمومی معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۴- کارشناس اداره سیاست‌گذاری تعرفه، پرداخت و منابع درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۵- کارشناس معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

\* نویسنده مسئول: ایران، تهران، میدان قدس، بلوار ایوانک، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، طبقه ۹، تلفن ۸۱۴۵۴۴۴۶  
پست الکترونیک: aghajani.m@health.gov.ir

دریافت: ۹۶/۱/۲۷ پذیرش: ۹۶/۳/۲۸

### مقدمه

این خدمات منجر به کاهش پرداخت مستقیم از جیب آنها می‌شود.

در کنار هزینه‌های درمان بحث بهره‌مندی از پوشش بیمه پایه درمانی و عدالت در دسترسی به خدمات سلامت نیز از وضعیت مناسبی برخوردار نبود به طوری که در سال ۱۳۸۹ در حدود ۱۶.۸٪ مردم در سراسر کشور فاقد بیمه پایه درمانی بودند. عدم برخورداری از پوشش بیمه پایه درمانی بر میزان پرداخت مستقیم از جیب تأثیر مستقیم می‌گذارد (۲) و (IRMIDHS۲۰۱۰). از سوی دیگر بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت از لحاظ شاخص‌هایی همچون تخت بیمارستانی، تراکم پزشک، تراکم پرستار و ماما در جهان و در میان کشورهای هدف چشم‌انداز<sup>۲</sup> از وضعیت نامطلوبی برخوردار بود و اغلب این بیمارستان‌ها نیز از لحاظ قدمت فرسوده بودند (۲). تمامی این موارد، آرایه خدمات سلامت به مردم را در بیمارستان‌های دولتی تحت‌الشعاع قرار می‌داد. به‌علاوه آمارهای ملی نشان‌دهنده روند افزایش سزارین در ایران بود، این میزان در سال ۱۳۷۹ برابر ۳۵٪، در سال ۱۳۸۴ برابر ۴۰٪ و در سال ۹۲ برابر ۵۶٪ بود که افزایش چشمگیری را نشان می‌داد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰، ایران با میزان سزارین ۴۱٪ رتبه دوم را در جهان دارا بود. بر پایه گزارش سازمان جهانی بهداشت برآورد هزینه سالیانه سزارین در ایران در سال ۲۰۰۰ میلادی معادل

تحمیل فشار مالی مرتبط با هزینه‌های درمان بر مردم یکی از اصلی‌ترین مسایل گریبان‌گیر حوزه سلامت در ایران در ابتدای مطالعات مرتبط با طرح تحول نظام سلامت بود. این هزینه‌ها که بر اساس تولید ناخالص ملی و سهم سلامت از آن و سهم پرداختی از هزینه‌های سلامت، در سرفصلی تحت عنوان حساب‌های ملی سلامت مشخص می‌شود، نشان می‌داد که بخش عمده هزینه‌های سلامت، پرداخت مستقیم از جیب (OOP)<sup>۱</sup> بیماران بود. درصد پرداختی از جیب منجر به دو پیامد می‌شود که با دو شاخص هزینه‌های کمرشکن و فقرزا شناسایی می‌شوند. به عبارتی افزایش درصد خانوارهایی که به‌خاطر هزینه‌های ناشی از سلامت دچار فقر شده و یا کمر آنها زیر بار این هزینه‌ها در حال شکستن است نشانه‌ای از ناعادلانه بودن سهم پرداخت هزینه‌ها در این حوزه است. در واقع هزینه‌های فقرزا و کمرشکن ناشی از سلامت، درصد بیش‌تری از خانوارها را تحت تأثیر قرار می‌داد و جامعه را به ورطه‌های خطرناکی سوق می‌داد (۱-۳). شناسایی محل‌های پرداخت هزینه‌های سلامت نشان داده که هزینه بیمارستان، هزینه فراهم‌کنندگان خدمات سرپایی، هزینه دارو و سایر خرده کالاهای پزشکی ۹۸.۴٪ هزینه‌های سلامت را به خود اختصاص داده است لذا حمایت از بیماران در برابر هزینه‌های بستری و سرپایی، همچنین دارو و تجهیزات در کنار افزایش کیفیت

کشورهای منطقه چشم‌انداز ۱۴۰۴ شامل ۲۱ کشور منطقه خاورمیانه<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> Out of Pocket

بود و هیأت وزیران در نامه‌ای تدوین برنامه‌های تکمیلی در خصوص پوشش بیمه همگانی و احیای بیمه پایه سلامت، استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت در تمامی روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری، ارایه رایگان خدمات بستری در بیمارستان‌های دولتی و ارتقاء کیفیت خدمات درمانی در آن‌ها و سایر برنامه‌های مربوط به نظام سلامت را خواستار شده بود. بازنگری تعرفه‌های خدمات سلامت و واقعی‌سازی آن نیز سال‌ها از مطالبات جامعه پزشکیان بود. بازنگری درست و منطقی و حرکت به سمت واقعی‌سازی تعرفه‌ها در عین حال راهی برای مقابله با پرداخت‌های غیررسمی و در نتیجه حفاظت مالی از بیماران در برابر هزینه‌های سلامت با حذف پرداخت‌های غیر رسمی است. همچنین بازنگری سیستم مالی بیمارستان‌ها برای پرداخت عادلانه کارانه می‌تواند منجر به افزایش انگیزه کارکنان بخش‌های مختلف، حذف سلیقه از پرداخت کارانه، مدیریت درست منابع مالی بیمارستان و در نهایت افزایش کیفیت خدمات شود. نظام پرداختی مبتنی بر عملکرد که انگیزه کاری را در کنار بهره‌وری مناسب به بیمارستان‌ها بازگرداند.

### اهداف

- محافظت از مردم در مقابل هزینه‌های خدمات سلامت
- ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی
- برقراری عدالت در دسترسی به خدمات سلامت

### مبانی نظری و اسناد بالادستی

سلامتی دارایی ارزشمندی است که با فراهم آوردن امکان توسعه قابلیت‌های فردی به توسعه پایدار جامعه یاری می‌رساند (۵). پوشش فراگیر خدمات سلامت<sup>۳</sup> با هدف دسترسی عموم به خدمات با کیفیت و مقرون به‌صرفه در حوزه سلامت شکل گرفت. با توجه به آن که تأکید اصلی مدل پوشش همگانی سلامت، دسترسی به خدمات مورد نیاز با کیفیت و بدون تحمل فشارهای مالی در دو سطح فردی و اجتماعی است (۶) لذا به‌عنوان مدلی مطلوب و همه‌جانبه‌نگر از سوی کشورهای بسیاری برای ارتقاء سطح سلامت جامعه، مورد استفاده قرار گرفته است. مورد دیگری که می‌توان از طریق آن مطلوبیت سیستم اقتصادی از منظر سلامت را سنجید، شاخص کل هزینه‌کرد سلامت<sup>۴</sup> در هر کشور نسبت به تولید ناخالص داخلی آن کشور است. این شاخص سهم هزینه‌کرد بخش حاکمیتی، خصوصی و مردم (چه بیمه و چه پرداخت مستقیم از جیب) را شامل می‌شود. در سال ۱۳۹۰ برابر ۶.۹٪ از تولید ناخالص داخلی بود. ایران جزء معدود کشورهایی است که بیش از نیمی از هزینه‌کرد کل سلامت را مردم به‌صورت پرداخت مستقیم از جیب (OOP) پرداخت می‌کنند (۷).

۱۰۸/۴۹۵/۲۱۷ دلار آمریکا بود. این روند علاوه بر تحمیل هزینه‌های هنگفت بر نظام سلامت، سلامت مادران و نوزادان جامعه را نیز به‌شدت به مخاطره می‌انداخت و نگرانی مجلس از افزایش میزان سزارین، زنگ خطری را در این حوزه به صدا درآورده بود (۴).

از طرفی ایران کشوری پهناور است و پراکندگی جمعیت و امکانات متمرکز در کلان‌شهرها سبب شده است که اغلب پزشکان و به‌خصوص پزشکان متخصص ترجیح دهند در کلان‌شهرها ساکن شوند. این امر سبب می‌شود شهروندانی که در مناطق کم‌تر توسعه‌یافته ساکن هستند از خدمات تخصصی بی‌بهره یا کم‌بهره بوده و مجبور باشند برای دریافت خدمات مورد نیاز خود به کلان‌شهرها، مراکز استان و یا شهرهای بزرگ‌تر مراجعه کنند. این امر به موضوع بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات سلامت و تحمیل هزینه‌های رفت و آمد و اسکان به بیماران ساکن در مناطق کم‌تر توسعه یافته دامن می‌زد. همچنین اورژانس‌های کشور همواره با عدم حضور پزشک متخصص و پدیده‌ای با عنوان پزشک آنکال مواجه است به‌طوری که در اغلب موارد در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل مشکلات زیادی در زمینه تعیین تکلیف بیماران اورژانسی و مصدومان حوادث ترافیکی ایجاد می‌شود. عدم تعیین تکلیف به‌موقع و یا تشخیص نادرست و یا معاینه دیر هنگام گاهی به عوارض جبران‌ناپذیری برای بیمار/ مصدوم می‌انجامد و در برخی از موارد به مرگ آنها منجر می‌شود لذا مقیم کردن پزشک متخصص با توجه به نوع مرکز درمانی، تعداد تخت‌های مرکز درمانی، موقعیت جغرافیایی مرکز درمانی و شرایط زمانی و محیطی می‌تواند به بهبود کارایی نظام سلامت کشور منجر شود.

به‌علاوه شهرهای کوچک، مناطق روستای و عشایری بسیاری در گستره کشور از طریق هزاران کیلومتر راه فرعی و روستایی اغلب صعب‌العبور به جاده‌های اصلی و شهرهای بزرگ‌تر و در نتیجه به پایگاه‌های اورژانس زمینی و مراکز درمانی مجهزتر و تخصصی‌تر متصل می‌شوند. ارایه فوریت‌های پزشکی در جاده‌های فرعی و روستایی که اغلب مصدومان حوادث ترافیکی در آنها به‌علت انتقال دیر هنگام به مراکز درمانی جان خود را از دست می‌دهند، نمی‌تواند تنها از طریق گسترش پایگاه‌های اورژانس زمینی مدیریت شود. به‌علت پراکندگی و صعب‌العبور بودن راه‌ها و یا نیازمندی فوری برخی بیماران و یا مصدومان به انتقال سریع به مراکز درمانی، به‌خصوص در مورد زنان باردار، نوزادان درخطر، بیماران با علایم سکنه قلبی و مغزی که انتقال آنها در زمان طلایی در فرایند بهبودی آنها بسیار حیاتی است، گسترش پوشش اورژانس هوایی را ضروری کرده بود.

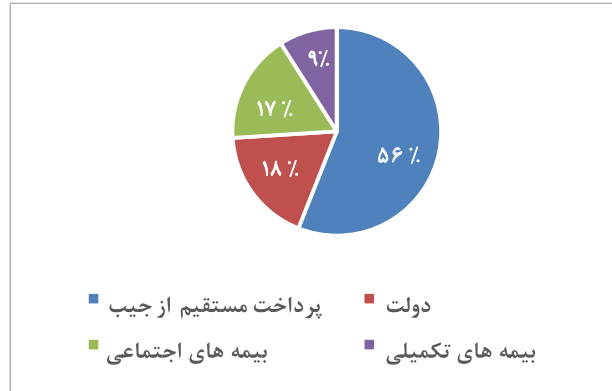
از منظری دیگر در اسناد بالادستی همچون برنامه‌های توسعه پنج‌ساله چهارم و بخصوص برنامه پنجم به لزوم اجرایی برخی برنامه‌ها در حوزه سلامت و بیمه تأکید شده

<sup>3</sup> Universal Health Coverage (UHC)

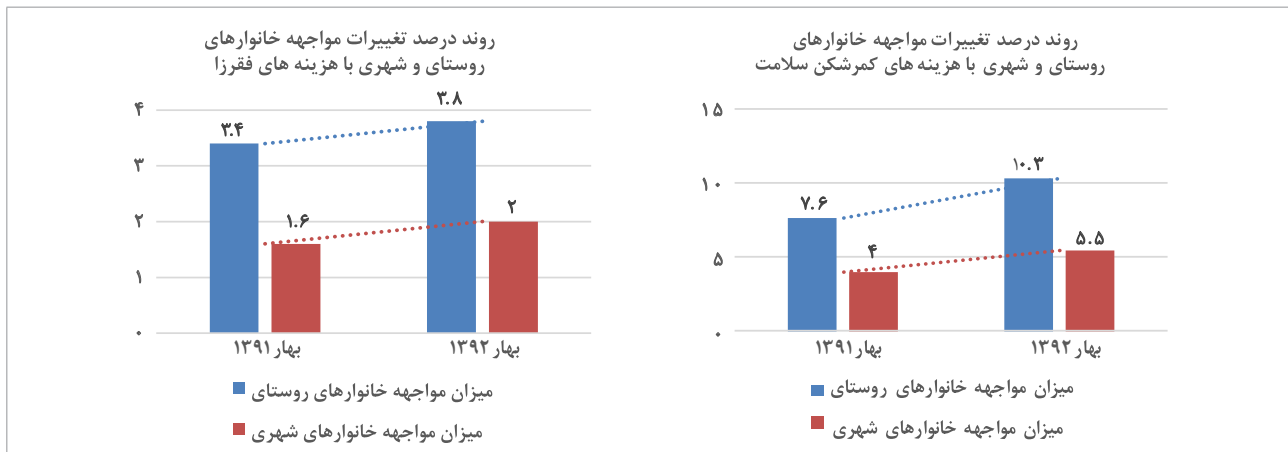
<sup>4</sup> Total Health Expenditure (THE)

در تعداد خانوارهایی که به‌علت پرداخت‌های سلامت به زیر خط فقر رانده می‌شوند و یا پرداخت‌های سلامت منجر به تجارب آسیب‌رسان بر هزینه‌های خانوار شده و آنها را با پرداخت‌های کمرشکن مواجه می‌سازد، بررسی می‌شود. زمانی که هزینه‌های سلامت به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از ۴۰٪ ظرفیت پرداخت هر خانوار بیشتر باشد (۶)، این هزینه‌ها در قالب هزینه‌های کمرشکن یا فاجعه‌بار سلامت جای می‌گیرد که نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب سیستم سلامت یک کشور است (۸، ۹). نتیجه مطالعات یوسفی و همکاران در سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که حدود ۳۸٪ از خانوارهای کشور در سال ۱۳۹۰ با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شده‌اند و حدود ۱/۵٪ نیز به دلیل جبران هزینه‌های سلامت به زیر خط فقر سقوط کرده‌اند (۱۰). بدیهی است که هرچه میزان پرداخت مستقیم از جیب بیشتر باشد، احتمال دچار شدن به هزینه‌های فقرزا و کمرشکن با شیب بیش‌تری افزایش می‌یابد (۱۱).

از سوی دیگر مرکز آمار ایران نیز به‌عنوان دیده‌بان نظام سلامت ایران آمارهای را در زمینه هزینه‌های مرتبط با سلامت منتشر کرد که نشان‌دهنده آن بود که برنامه‌های اجرا شده طی سال‌های قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت به حد کافی مؤثر واقع نبوده و مشارکت مالی در پرداخت‌های سلامت به‌خوبی هدفمند نشده بودند و نظام سلامت نتوانسته بود آنچنان که باید در راستای حفاظت از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن و فقرزا عمل کند (۱۲).



نمودار ۱- سهم اجزای تشکیل دهنده تأمین مالی نظام سلامت ایران ۱۳۹۰  
همچنین سهم انواع مختلف خدمات بهداشتی و درمانی از کل هزینه‌های سلامت در سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که ۶۵٪ هزینه‌ها مربوط به خدمات درمانی، ۱۶٪ مربوط به دارو و انواع کالاهای توزیع شده در خدمات سرپایی و ۸٪ خدمات جانبی مراقبت‌های پزشکی است که بیش‌ترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند (NHA، مرکز آمار ایران). درصد پرداخت مستقیم از جیب در جهان بر اساس آمار بانک جهانی در سال ۲۰۱۴ به‌طور متوسط برابر ۱۷.۹٪ بود. این مهم نشان‌دهنده مشارکت غیرعادلانه خانوار ایرانی در تأمین مالی نظام سلامت بود. سازمان جهانی بهداشت حفاظت مردم در برابر هزینه‌های سلامت را جزء یکی از سه هدف اصلی بر می‌شمارد و مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت را با دو رویکرد درآمدی و بارمالی ناشی از هزینه‌های سلامت می‌سنجد (۵، ۷). در این مطالعات تغییر



نمودار ۲- بررسی روند درصد تغییرات خانوارهایی که با هزینه‌های فقرزا و کمرشکن سلامت مواجه می‌شوند

لذا دولت یازدهم برنامه‌های کوتاه‌مدتی مانند ایجاد شرکت‌های فوریتی با استفاده از ارز آزاد و به حداقل رساندن اسناد جهت آزادسازی داروهای داخل گمرگ و برنامه‌های میان‌مدتی مانند تأمین ارز لازم، ترخیص با حداقل اسناد و تقویت بازخوانی را در حوزه دارو در دستور کار قرار داد. همچنین خروج داروهای غیرفوریتی از فهرست ارز مبادله‌ای، بررسی و کنترل قیمت‌ها، کاهش قیمت از طریق مذاکره، چانه‌زنی و واردات موازی، کنترل واردات داروهای

همان‌طور که اشاره شد، علاوه بر هزینه‌های بستری که بخش بزرگی از هزینه‌های سلامت را به خود اختصاص می‌داد، هزینه دارو و تجهیزات و خدمات سرپایی در ردیف دوم قرار داشت. از اواسط سال ۱۳۹۱ کم‌کم آثار تحریم‌های جهانی در بازار دارو و تجهیزات پزشکی خود را نشان داد و با سه برابری شدن قیمت دلار، بحران دارویی و تجهیزاتی شکل گرفت. به‌دلیل وجود تحریم‌های بانکی امکان تأمین ارز کافی و انتقال ارز وجود نداشت

غیرضروری بر سلامت مادر و نوزاد بر هزینه‌بر بودن این روش و متناقض بودن آن با اهداف مدل پوشش همگانی سلامت، تأکید دارد. در سال ۱۳۹۲ میزان سزارین به ۵۴٪ از تمامی زایمان‌های ثبت شده افزایش یافته بود (۱۳) از این رو با اعلام چند باره زنگ خطر از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوزه زنان و باروری، سرانجام پس از مطالعات ۶ ماهه و با توجه به سیاست‌های کلی سلامت مقام معظم رهبری و سیاست‌های جمعیتی ابلاغی ایشان، دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی تدوین شد.

در راستای دستیابی به رضایت بیماران، همچنین در سال‌های اخیر شناسایی و اجرای راه‌حل‌های مناسب برای رسیدگی به کمبود کارکنان بخش سلامت و بهداشت مورد توجه روزافزون پژوهشگران و سیاست‌گذاران بوده است (۱۴-۱۹). به‌منظور پاسخگویی به این توجه روزافزون سازمان بهداشت جهانی برنامه‌ای با عنوان افزایش دسترسی به کارکنان سلامت و بهداشت در مناطق محروم و روستایی با بهبود سیاست‌های حفظ و نگهداری تدوین کرده است (۲۰). این برنامه با هدف افزایش دسترسی مردم مناطق کمتر توسعه‌یافته به خدمات تخصصی و با کیفیت مورد توجه وزارت بهداشت قرار گرفت. بار بیش‌تر این برنامه بر عهده پزشکان متعهد به خدمت (ضریب کا) است که بر اساس تعهدات خود موظف به ماندگاری در مناطق کم‌تر توسعه‌یافته هستند اما مسئولان وزارت بهداشت با تأکید بیش‌تر بر بهبود شرایط زندگی و ایجاد مشوق‌های مالی در گام اول و در گام‌های بعد با تمرکز بر بومی‌گزینی در پی غلبه بر این معضل عدم ماندگاری هستند. از سوی دیگر انتظار و تأخیر در دریافت خدمات سلامت مسئله جدیدی نیست (۲۱). مقیم کردن پزشک در بیمارستان‌های بیش از ۶۴ تخت با برخی شرایط مشخص در ساعات شب و تعطیل با هدف ارائه خدمات به‌هنگام از دیگر برنامه‌های طرح تحول است.

معضل دیگر نظام سلامت دولتی، حجم زیاد مراجعه بیماران به درمانگاه‌های دولتی به دلایلی همچون کمبود فضای فیزیکی، کمبود پزشک تمام‌وقت و هزینه کم دریافت خدمات (به‌دلیل طرف قرارداد بودن با بیمه‌ها) است. همچنین راز بیمار باید بین پزشک و بیمار محرمانه باقی بماند، بنابراین معاینه یک بیمار و یا سؤال و جواب کردن وی در حضور بیماران دیگر صحیح نیست؛ چرا که باعث هتک حرمت و ایجاد استرس در بیمار می‌شود (۲۲). در بسیاری از موارد به دلیل ویزیت کردن تعداد زیادی از بیماران در فاصله زمانی کوتاه، فرصتی وجود ندارد که پزشک با صرف زمان مورد نیاز و ضروری، بیمار را ویزیت کند و این امر عامل مهمی در ایجاد اختلال در تشخیص بیماری‌ها است (۲۳). ویزیت گروهی و در پی آن از بین رفتن حریم خصوصی بیمار باعث سلب اعتماد

تابستان ۹۶، دوره بیستم، شماره دوم، پیاپی ۷۷

فوریتی، مدیریت و کاهش واردات داروهای تولید داخل و در نتیجه کاهش مصرف عرضه کشور و غیره همگی منجر به کاهش مصرف ارز، کاهش کمبود و قیمت دارو شد. ارجاع بیمار و یا همراه ایشان، توسط پزشک معالج به شرکت‌های خاص برای تأمین تجهیزات مورد نیاز و گاهی با چندین برابر قیمت، به نوعی اخذ زیرمیزی از طریق ملزومات پزشکی تبدیل شده و بر مشکلات بیماران دامن زده بود. در این راستا اقداماتی همچون ایجاد فهرست اقلام ضروری پایه در حوزه عمومی و تخصصی و فراخوان تمامی شرکت‌های تولیدکننده و واردکننده جهت اعلام قیمت رقابتی برای قرار گرفتن در فهرست پایه، اجبار دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها به خرید ملزومات پزشکی صرفاً از منابع مجاز و تدوین دستورالعمل توزیع، عرضه و مصرف ملزومات پزشکی فهرست پایه، صورت گرفت. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پیش از آغاز برنامه کاهش فرانشیز توانست با ایجاد بستر لازم برای کاهش و کنترل قیمت‌ها در این دو حوزه، به حفاظت مالی از بیماران کمک شایانی برساند.

یافته‌های این مطالعه همچنین توزیع نابرابر افراد فاقد پوشش بیمه پایه سلامت را در استان‌های کشور نشان می‌داد. بیش‌ترین افراد فاقد پوشش بیمه پایه سلامت در استان‌های تهران، قم، خراسان رضوی ساکن بودند که عمده دلیل آن حجم بالاتر مناطق حاشیه نشین در این استان‌ها بود. لذا در راستای حفاظت مالی از بیماران در برابر هزینه‌های سلامت، در ابتدا می‌بایست آنها را تحت پوشش بیمه پایه خدمات سلامت، البته با شروط مشخص و قوانین شفاف، درآورد و خدمات سلامت بیشتر و با کیفیت‌تری را نیز تحت پوشش بیمه در اختیار آنها قرار داد.

کسب رضایت حداکثری بیماران از دیرباز یکی از اهداف مهم حوزه سلامت است. اما در بیمارستان‌های دولتی به دلیل قدمت بالای ساختمان‌ها و تجهیزات و همچنین مشکلات قانونی که بر سر راه استخدام نیروی انسانی وجود دارد، توجه چندانی نمی‌شد (۲). برنامه ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی با توجه به این مسئله، علاوه بر بهبود کیفیت خدمات هتلینگ، کسب رضایت بیمار و همراه او و در نتیجه رجوع مجدد آنها را در راستای درآمدزایی بیمارستان مدنظر داشته است.

یکی دیگر از مشکلات اساسی که حوزه سلامت و بخصوص حوزه سلامت باروری و زنان و زایمان، در آستانه طرح تحول نظام سلامت با آن روبرو بود، افزایش چشمگیر میزان سزارین در کشور بود. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰، ایران با میزان سزارین ۴۱/۹٪، رتبه دوم را در جهان به همراه جمهوری دومینکن دارا بود (۴). نکته قابل تأمل در این گزارش آن است که علاوه بر تأکید بر تأثیر نامطلوب سزارین

و بتواند نظارتی یکپارچه را بر مسیر حرکت ایجاد کند و پایش میزان دستیابی به اهداف تعیین شده را به‌وجود آورد. همان‌طور که اشاره شد، سازمانی جهانی بهداشت با توجه به پس زمینه موجود در کشورهای جهان، مدل پوشش همگانی سلامت را در سال ۲۰۰۰ ارائه داد و مشخص کرد که کشورهایی که قصد پیاده کردن این مدل را در کشور خود دارند تا سال ۲۰۳۰ می‌بایست به دو هدف اصلی جامه عمل ببوشانند:

- پوشش تمامی جمعیت با حداقل ۸۰٪ خدمات پایه سلامت

- حفاظت مالی ۱۰۰٪ تمامی جمعیت از آسیب‌های مالی پرداخت از جیب

به این طریق طرح تحول نظام سلامت و بسته‌های خدمتی آن بر اساس مجموعه سیمای سلامت ایران، شرایط روز حوزه بهداشت و درمان، مطالعات گذشته، اسناد بالادستی حوزه سلامت، تکالیف قانونی تفویض شده، تولید حوزه سلامت با تأکید بر نقش سیاست‌گذاری آن، در عین حال توجه به راهنمایی‌های سازمان‌های جهانی از جمله سازمان بهداشت جهانی، بهینه‌کاو سیستم‌های پیشرو سلامت در دنیا و مروری بر گام‌های موفق پیشین این وزارتخانه با ایجاد یک کارگروه مشترک و دستیابی به ادبیاتی قابل فهم، اخذ مشاوره داخلی و خارجی، همراه با هدایت و راهبری شخص وزیر به‌عنوان رهبری موجه و قابل قبول از سوی جبهه‌های سیاسی مختلف و در عین حال خلق منابع جدید اعتباری برای پشتیبانی از برنامه‌های طرح تحول در یک چارچوب مفهومی مشترک با همکاری صدها کارشناس و برگزاری صدها نشست و همایش تخصصی، شکل گرفت و به‌عنوان یک طرح ملی در سراسر کشور اجرایی شد.

## روش اجرا

همان‌طور که اشاره شد طرح تحول نظام سلامت بر اساس مطالعات و یکپارچه‌سازی برنامه‌های پیشین، نگاهی به تجارب موفق بین‌المللی در کشورهای در حال توسعه، مدل‌سازی اقدامات ممکن با رویکردی مبتنی بر شواهد و با توجه به نیازها و ضروریات حوزه سلامت و نیز اهداف مدل پوشش همگانی سلامت در ابتدای دولت یازدهم مورد توجه جدی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت. وزیر بهداشت و مشاوران ایشان به‌منظور تحکیم روابطی بین بخشی، اقدام به اخذ مصوبه از هیأت وزیران برای ایجاد کار گروهی مشترک به‌منظور بررسی همه‌جانبه برنامه‌های موردنظر برای حوزه سلامت کردند. با اخذ این مصوبه در آبان ۱۳۹۲ و تعیین سرفصل‌های اولیه برای کارگروه با توجه به شرایط موجود حوزه سلامت، وزارت بهداشت توانست با در دست گرفتن تولید کار و با ایجاد یک پنجره سیاسی مشترک،

نسبت به پزشک و کاهش رضایت او از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی توسط متخصص می‌شود. لذا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در راستای برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت، اقدام به ارائه دستورالعمل ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت سرپایی کرد.

موضوع دیگری که از جنبه مالی وزارت بهداشت را با مشکل مواجه کرده بود، عدم کارآمدی نظام نوین مالی بیمارستان‌ها بود و می‌بایست روشی برای جایگزینی آن ایجاد می‌شد. نظام‌های پرداخت به‌طور یکپارچه سه هدف اصلی را مدنظر دارند: جذب، انگیزش و حفظ کارکنان با ارزش (۲۴) در حالی که هر نوع نظام پرداختی می‌تواند این اهداف را تأمین کند (۲۵) اما نظام‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد یا نظام‌های پاداش، انگیزه بهبود عملکرد را بهتر از نظام‌های مبتنی بر شغل یا مهارت فراهم می‌کنند (۲۶). در حال حاضر اغلب پزشکان و بیمارستان‌های آمریکا طرفدار روش پرداخت مبتنی بر عملکرد هستند و آن را برنامه‌ای انگیزشی در راستای افزایش کارایی می‌دانند (۲۷). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین این رویکرد پرداختی را با هدف تأمین رضایت ارائه‌دهندگان خدمات و در نهایت افزایش کیفیت خدمات در دستور کار قرار داد.

از سوی دیگر ارزش‌گذاری واقعی و منطقی خدمات بهداشتی و درمانی همواره به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر اجزای نظام سلامت در مبحث اقتصاد و درمان مطرح بوده است (۲۸). منطقی بودن ارزش‌های نسبی وضع‌شده برای خدمات مختلف پزشکی در جهت تعیین تعرفه‌های این خدمات از دیرباز در جامعه پزشکی از یک‌سو و اقشار مختلف جامعه از سوی دیگر همواره مورد بحث بوده است (۲۹). ترجمه اولیه کتاب کالیفرنیا که در سال ۱۳۶۴ وارد سیستم سلامت کشور شد و سی سال مورد بازنگری قرار نگرفت (تنها به صلاحدید سازمان‌های بیمه‌گر و نرخ تورم، درصدی به پایه‌های اولیه و گاه نامتناسب تعرفه‌های قبلی افزوده شده بود) لذا در این مدت تعرفه خدمات نوین که پایه آنها در کتاب اولیه وجود نداشت به‌صورت سلیقه‌ای اعمال می‌شد و شکاف اساسی در تعرفه‌های بین‌رشته‌ای بر اساس پایه ناهماهنگ با شرایط بومی کشور و شرایط روز رخ داده بود به‌طوری که برخی از رشته‌های مادر به دلیل پایین بودن درآمد ناشی از تعرفه‌های ناهمگون، متقاضیان خود را از دست داده بودند. در چنین شرایطی بازنگری کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت به‌عنوان فاز سوم طرح تحول و با هدف اصلی واقعی‌سازی تعرفه‌ها و جلوگیری از پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌ها شکل گرفت. پس از بر شمردن معضلات موجود در سیستم سلامت کشور، در یک نگاه کلان‌نگر، به یک مدل یکپارچه نیاز بود. مدلی که تمامی تلاش‌ها را در یک جهت همسو سازد

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

اخذ مشاوره اقتصادی نیز به منظور معرفی منابع اعتباری جدید برای پشتیبانی از طرح از ابتدا مورد توجه وزارت بهداشت بود چرا که این وزارتخانه از دیرباز با کمبود اعتبار مواجه بود. بررسی روند هزینه‌های جاری امور اجتماعی و بخش بهداشت و درمان دولت طی دهه اخیر نشان می‌داد که متوسط هزینه‌های جاری بخش بهداشت و درمان دولت از سایر بخش‌های امور اجتماعی کم‌تر بود (۱۲.۶٪) و سهم هزینه‌های جاری بخش بهداشت و درمان از کل هزینه‌های جاری امور اجتماعی دولت از قاعده خاصی پیروی نمی‌کرد لذا به منظور اطمینان از ثبات منابع اعتباری، باید منابع اعتباری جدیدی برای برنامه خلق می‌شد، از این رو منبع ۱۰ درصدی از قانون هدفمندی یارانه‌ها (اعتبار طرح تحول برای وزارت بهداشت و بیمه‌ها) و ۱ درصدی مالیات بر ارزش افزوده تعریف و همچنین از اعتبار مصوب کمک به اجرای سیاست‌های جمعیتی بهره گرفته شد. مصوبه منابع اعتباری طرح تحول نظام سلامت در تاریخ ۱۳۹۳/۲/۲۷ از سوی آقای دکتر اسحاق جهانگیری؛ معاون اول رئیس‌جمهور به‌همراه نحوه هزینه‌کرد آنها برای هر برنامه بر اساس برنامه پیشنهادی وزارت بهداشت، ابلاغ شد.

نهایی کردن دستورالعمل اجرایی برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان با توجه به گستردگی حوزه تأثیرگذاری وزارت بهداشت در درمان کشور، نیازمند برگزاری جلسات متعددی بود. در این راستا روسا و کارشناسان بسته‌های خدمتی یا برنامه‌های طرح تحول با برگزاری همایش و اجلاس و نشست‌های متعدد با معاونین درمان دانشگاه‌ها، مدیران و روسای بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت به بازنگری و اصلاح پیشنهادی اولیه برنامه‌ها با اخذ نظر از تمامی ذینفعان و توجه به قابلیت اجرای هر یک از برنامه‌ها پرداختند. به این طریق دستورالعمل‌ها نهایی و شاخص‌های ارزیابی و نظارت بر آنها تا حد امکان واقعی شد.

لازم به یادآوری است که ایجاد ارکانی برای هدایت و راهبری و اجرایی کردن طرحی که در وسعت ملی برنامه‌ریزی شده است، الزامی بود. ایجاد دبیرخانه مرکزی ستاد طرح تحول نظام سلامت به منظور فرماندهی تمامی فعالیت‌های منجر به اجرایی شدن طرح در گام اول از طریق معرفی رؤسای برای بسته‌های خدمتی یا برنامه‌های مصوب، آغاز شد. آنها مسئولیت اجرای برنامه موردنظر در تمامی دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های تحت پوشش آنها را برعهده دارند. ستاد اجرایی بیمارستان‌ها، بازوهای اجرایی برنامه هستند. برنامه‌های طرح تحول در حوزه درمان در فاز اول، شامل ۷ برنامه بود که با فواصل زمانی از تاریخ ۱۳۹۳/۰۲/۱۵ در سراسر کشور اجرایی شدند.

به‌صورت جدی اقدام به تدوین برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت کند. کارگروه مشترک به ریاست معاون اول رئیس‌جمهور و با عضویت معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور و وزیران بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، امور اقتصادی و دارایی و نفت تشکیل شد. لازم به یادآوری است که بخش مرتبط با افزایش سطح پوشش بیمه‌ای، به سازمان بیمه سلامت ایران واگذار شد اما اعتبار این برنامه از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأمین شد. از ابتدای تدوین برنامه‌ها، موضوع تعیین منابع اعتباری برای پشتیبانی از برنامه‌ها نیز در دستور کار مشاوران اقتصادی کارگروه مشترک قرار گرفت.

ایجاد یک چارچوب مفهومی برای دستیابی به یک فهم مشترک با اخذ نظر از تمامی ذینفعان برنامه‌ها با تولید شورای عالی سیاست‌گذاری امنیت غذا و داروی وزارت بهداشت، گام بعدی تدوین برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت بود. به منظور درگیر کردن تمامی ذینفعان در تدوین برنامه‌ها، شورای عالی سیاست‌گذاری، سرفصل‌های تعیین شده در مصوبه دولت را با راهبری معاونت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اختیار مدیران، رؤسا و کارشناسان وزارتخانه قرار داد و آنها نیز در ارتباط مستقیم با ادارات و سازمان‌های مرتبط با وزارتخانه و سایر ذینفعان به جمع‌بندی برنامه‌ها و اولویت‌های آنها پرداختند. الزام تدوین‌گران برنامه به تخمین اعتبار مورد نیاز برای اجرای برنامه‌ها بر اساس برآورد تأثیر کاهش برنامه بر درصد پرداخت از جیب و میزان جمعیت تحت پوشش با تعیین الزامات آن، یکی دیگر از مراحل تدوین برنامه‌ها بود. این چهارچوب مفهومی دو بعد از سه بعد مدل پوشش همگانی سلامت را مد نظر قرار داد (جمعیت تحت پوشش و حفاظت مالی). با توجه به ماتریس مفهومی و چارچوب تدوین مبنایی هر بسته، برنامه‌های پیشنهادی «الف» و «ب» پس از برگزاری جلسات متعدد کارشناسی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به هیأت دولت تقدیم شد و بسته ب که شامل برنامه‌های محدودتر و نیازمند اعتبار کمتر بود، تصویب شد (۲).

همزمان با بهینه‌سازی نظام‌های سلامت پیشرو در دنیا و برنامه‌های عملیاتی اجرا شده توسط آنها برای ارتقاء سلامت جامعه و حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های تأمین سلامت، اخذ مشاوره علمی از وزیر بهداشت ترکیه به‌عنوان کشوری همسایه و تا حدودی مشابه از لحاظ فرهنگی و اقتصادی که سابقه ۱۰ ساله در استقرار مدل پوشش همگانی سلامت را داشت نیز از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با برگزاری جلسات هدفمند، پیگیری شد.

جدول ۳- برنامه‌های فاز اول طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان

نام برنامه	تاریخ اجرا
کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت	۱۳۹۳/۰۲/۱۵
ارتقاء کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت	۱۳۹۳/۰۲/۱۵
ترویج زایمان طبیعی با رایگان نمودن فرانشیز	۱۳۹۳/۰۲/۱۵
حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم	۱۳۹۳/۰۳/۰۱
حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دانشگاهی	۱۳۹۳/۰۳/۰۱
ارتقاء کیفیت ویزیت پزشکان در مراکز تحت پوشش وزارت بهداشت	۱۳۹۳/۰۳/۱۵
ارتقاء خدمات اورژانس هوایی	۱۳۹۳/۰۵/۰۱

تمرکز داشت. این دو برنامه از طرح تحول سلامت با فاصله حدود ۶ و ۹ ماه از شروع طرح اجرایی شدند.

جدول ۵- برنامه‌های فاز سوم طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان

نام برنامه	تاریخ اجرا
بازنگری کتاب ارزش‌های نسبی خدمات سلامت	۱۳۹۳/۰۷/۰۱
پرداخت مبتنی بر عملکرد	۱۳۹۳/۱۱/۰۱

این برنامه از طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان با تمرکز بر افزایش رضایت ارایه‌دهندگان خدمات طراحی شد تا آنها را با اهداف طرح تحول نظام سلامت همراستا سازد. همان‌طور که اشاره شد، عدم بازنگری تعرفه‌های خدمات سلامت در سی سال منتهی به مهرماه ۱۳۹۳ منجر به آن شده بود که تعرفه خدمات متداول موجود در بیمارستان‌ها، به‌خصوص بیمارستان‌های دولتی که سازوکار مالی آنها وزارت بهداشت دیکته می‌کند، بسیار از واقعیات موجود در حوزه سلامت دور باشد. همچنین ۱۷۰۰ خدمت نوین در کتاب تعرفه موجود نبود و حق‌الزحمه آن علی‌الراس و توسط گردانندگان مراکز تشخیصی و درمانی تعیین می‌شد و مسئله سلیقه‌ای بودن حق‌الزحمه در این موارد، فشار زیادی به بیماران وارد می‌کرد. به‌علاوه به دلیل عدم تناسب پایه‌های برخی از تعرفه‌ها با شرایط نظام سلامت ایران و عدم به روزرسانی منجر به ایجاد شکاف درآمدی قابل ملاحظه‌ای بین تخصص‌های مختلف شده بود. نظام جدید پرداخت مبتنی بر عملکرد و نرم‌افزار قاصدک برای مدیریت بهتر پرداخت کارانه در بیمارستان‌ها از هم‌اندیشی و کار جمعی تمامی ذینفعان این دو برنامه با راهبری دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهیه شد و به حوزه مالی نظام سلامت سر و سامان بخشید. در ادامه به بررسی دستاوردهای برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان پرداخته خواهد شد.

### دستاوردها

لازم به یادآوری است که به دلیل آن که برخی از برنامه‌ها به فاصله زمانی چند هفته تا چندماهه از ابتدای برنامه شروع شدند لذا دوره زمانی بررسی آنها متفاوت و بر اساس آمارهای منتشر شده از سوی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است (۳۰).

ذکر این مطلب ضروری است که توجه به نظارت و ارزیابی در ابتدای تدوین تمامی برنامه‌ها تحت عنوان شیوه‌نامه نظارت بر حسن اجرای برنامه‌ها مورد توجه قرار داشت و تدوین چک‌لیست‌های ارزیابی عملکرد هرکدام از برنامه‌ها در دل دستورالعمل اجرایی شکل گرفت. همزمان با اجرایی شدن برنامه‌ها، تربیت ارزیابانی تحت نظر ارزیابان ارشد ستاد کشوری آغاز شد و به فاصله کمی از اجرای برنامه‌ها، ارزیابی‌ها طبق شیوه‌نامه نظارتی شروع شد. ایجاد بستر نرم‌افزاری برای هدایت یکپارچه طرح تحول نظام سلامت و تسهیل ارتباطات با ستاد مرکزی طرح تحول نیز از موارد دیگری بود که در طرح تحول نظام سلامت مورد توجه قرار گرفت و سامانه‌ای به آدرس [Hse.health.gov.ir](http://Hse.health.gov.ir) شکل گرفت تا علاوه بر اطلاع‌رسانی در مورد برنامه‌ها به‌عنوان پایگاهی برای پرسش و پاسخ و رفع مشکلات و اشتراک بهترین تجارب باشد. مدیریت توزیع اعتبار طرح تحول نظام سلامت نیز یکی از موارد مهم و چالش برانگیزی بود که از ابتدای طرح تحول برای آن سازوکار مناسبی طراحی شد. نظارت بر انضباط مالی از طریق ارکان طرح تحول نظام سلامت سامانه سپاس و سجاد و کمیته ویژه نظارت در سطوح مختلف، استقرار سامانه‌های ثبت، رسیدگی و پاسخگویی به شکایات، بازبدهی‌های ماهانه از دانشگاه‌های قطب، سامانه تحول نظام سلامت، نظارت بر لیست فارماکوپه و تجهیزات و ملزومات، ثبت الکترونیک پرونده‌های بالینی اعم از بستری و سرپایی و تمامی اقدامات، خدمات و اقلام مصرفی بیماران و همچنین دیده‌بانی و پایش برنامه‌ها و حتی توزیع اعتبار خارج از وزارتخانه انجام می‌شود. ذکر این مطلب ضروری است که اصلاح مداوم و ارایه شیوه‌نامه‌های اصلاحی در تمامی فازهای طرح تحول نظام سلامت مدنظر مسئولان برنامه‌ها قرار داشت و دارد. این مورد بر انعطاف‌پذیر بودن برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت تأثیر بسیار مثبتی داشته است.

در فاز سوم طرح تحول نظام سلامت، رویکرد تعرفه‌گذاری برای خدمات سلامت، مورد توجه و تمرکز قرار گرفت. رویکردهای اصلی این فاز بر به‌روزرسانی، تدوین و بومی‌سازی کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت و همچنین بازنگری نظام مالی بیمارستان‌ها و نحوه پرداخت کارانه تحت عنوان برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد، مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

جدول ۶- دستاوردهای اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان

ردیف	عنوان برنامه	اهداف اصلی	اهداف اختصاصی	دستاوردها
۱	حمایت از بیماران بستری (کاهش فرانشیز)	حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت اقسار آسیب‌پذیر	کاهش پرداخت مستقیم بیماران بستری شده واجد بیمه پایه سلامت	حفاظت مالی از بیماران در برابر هزینه‌های بستری و کاهش هزینه بستری از ۳۷٪ به ۸٪ دستاوردهای در زمینه بهبود زیرساخت های مالی برای مدیریت بهتر منابع بهبود نظام تامین دارو و تجهیزات، زنجیره ارجاع تشخیصی و درمانی و پزشک خانواده و توجه به مناطق کم برخوردارتر دستاوردهای در زمینه کاهش قیمت دارو، تجهیزات و لوازم مصرفی از طریق برنامه های پشتیبان ایجاد یک سیستمی برای پوشش بیمه پایه سلامت آنی در بیمارستان‌ها و فعال کردن واحد مددکاری برای حفاظت مالی بیش‌تر از قشر محروم
۲	ارتقاء کیفیت هتلینگ	یکپارچه‌سازی کمی و کیفی خدمات هتلینگ و استانداردسازی آنها بر اساس نیازها و انتظارات خدمت‌گیرندگان	پاسخگویی به انتظارات بیماران با خدمات هتلینگ بیمارستان‌ها نظارت، ارزیابی و پایش مستمر کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستانی ایجاد فضای رقابتی در بهبود خدمات هتلینگ در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ در همه بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایجاد تعریفی واحد از کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستانی توسعه فضای فیزیکی بیمارستان‌های دولتی ارتقاء کمی و کیفی نیروی انسانی مرتبط با برنامه ارتقاء کیفیت تغذیه و توجه به خدمات رفاهی این حوزه توجه به توسعه و بهسازی بخش‌های جدیدی همچون اورژانس، اتاق‌های عمل، بخش‌های ویژه و مراکز سرطان تمرکز اصلی بر هدف افزایش کیفیت خدمات جانبی سلامت و افزایش رضایت بیماران
۳	مقیم کردن پزشکان	بهرمندی به‌هنگام مردم از خدمات درمانی از طریق حضور دائم پزشکان متخصص در بیمارستان‌ها	ارایه به‌موقع خدمات درمانی پاسخگویی ۲۴ ساعته بیمارستان‌های درمانی/ آموزشی درمانی تعیین تکلیف بیماران توسط متخصص مربوط در بخش اورژانس در حداقل زمان ممکن انجام به موقع ویزیت بیماران، اعمال جراحی و پروسیجرهای اورژانسی افزایش رضایتمندی مردم	شمول ۴۱۲ بیمارستان در ۲۱۹ شهر کشور در برنامه مقیمی افزایش تعداد پزشک مقیم از ۹۴۲ نفر به ۷۲۴۲ نفر ارایه خدمات توسط ۸۵۶ پزشک متخصص در ۱۷ رشته تخصصی افزایش تعداد مجوزهای پزشک مقیم از ۹۱ مجوز به ۱۳۰۰ مجوز کاهش زمان رسیدگی به بیمار در اورژانس‌ها به‌طور کلی و کاهش پیامدهای عدم معاینه به‌هنگام تمرکز اصلی بر هدف دسترسی به‌هنگام به خدمات سلامت و افزایش دسترسی به خدمات
۴	حمایت از ماندگاری پزشکان	ارتقاء کیفیت خدمات سلامت در مناطق کمتر توسعه یافته کشور، با هدف افزایش دسترسی مردم به خدمات و مراقبت‌های سلامت در سطح دوم و سوم با جذب و ماندگاری پزشکان در این مناطق	جذب و ماندگاری پزشکان در مناطق کم‌تر توسعه یافته کشور ارتقاء عدالت در دسترسی و بهره‌مندی مردم به خدمات سلامت در مناطق محروم کاهش پرداخت از جیب مردم ساماندهی مناسب‌تر نظام ارجاع در سطح تخصصی و فوق تخصصی مناطق کم‌تر توسعه یافته حذف پرداخت‌های غیررسمی در این مناطق اجرای صحیح نظام سطح‌بندی در بخش نیروی انسانی و خدمات سرپایی و بستری	کاهش ۶/۵ درصدی سزارین در کشور برابر ۱۱/۵ درصد پایه انجام در حدود یک میلیون زایمان طبیعی به‌صورت رایگان ارایه آموزش‌های رایگان به بیش از ۱۱۵ هزار مادر باردار توسعه و بهسازی ۳۶۶ بلوک زایمانی در راستای برنامه‌های خوشایندسازی ارایه آموزش‌های لازم به ارایه‌دهندگان خدمات و عقد تفاهم‌نامه همکاری با آنها در مراکز دولتی فرهنگ‌سازی در راستای ترویج زایمان فیزیولوژیکی فراهم کردن شرایط امکان زایمان بی‌درد، زایمان در آب، زایمان با حضور همراه آموزش دیده و غیره تمرکز اصلی بر هدف فرهنگ‌سازی و افزایش کیفیت خدمات مرتبط و سپس حفاظت مالی از خانوار
۵	ترویج زایمان طبیعی	ارتقاء شاخصهای سلامت مادران و نوزادان از طریق کاهش میزان سزارین	کاهش میزان سزارین به میزان ۱۰٪ پایه تا پایان سال ۱۳۹۳ افزایش رضایتمندی مادران باردار از طریق حفظ حریم خصوصی با بهینه‌سازی فضای فیزیکی اتاق‌های زایمان کاهش پرداخت از جیب مردم (رایگان شدن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی) افزایش انگیزه ارایه‌دهندگان خدمت و از این طریق افزایش میزان زایمان طبیعی در مراکز دولتی	کاهش ۶/۵ درصدی سزارین در کشور برابر ۱۱/۵ درصد پایه انجام در حدود یک میلیون زایمان طبیعی به‌صورت رایگان ارایه آموزش‌های رایگان به بیش از ۱۱۵ هزار مادر باردار توسعه و بهسازی ۳۶۶ بلوک زایمانی در راستای برنامه‌های خوشایندسازی ارایه آموزش‌های لازم به ارایه‌دهندگان خدمات و عقد تفاهم‌نامه همکاری با آنها در مراکز دولتی فرهنگ‌سازی در راستای ترویج زایمان فیزیولوژیکی فراهم کردن شرایط امکان زایمان بی‌درد، زایمان در آب، زایمان با حضور همراه آموزش دیده و غیره تمرکز اصلی بر هدف فرهنگ‌سازی و افزایش کیفیت خدمات مرتبط و سپس حفاظت مالی از خانوار



۶	ارتقاء کیفیت ویزیت سرپایی	<p>- حداکثر استفاده از امکانات آموزشی و درمانی دانشگاه/ پزشکان در بخش دولتی</p> <p>- دانشکده های علوم پزشکی - افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان خدمات،</p> <p>- ارتقاء کیفیت ویزیت،</p> <p>- ماندگاری پزشکان در بخش دولتی،</p> <p>- حفظ اعضاء هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی در جهت افزایش رضایت‌مندی بیماران</p> <p>- افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان خدمات،</p> <p>- ارتقاء کیفیت ویزیت،</p> <p>- ماندگاری پزشکان در بخش دولتی،</p> <p>- حفظ اعضاء هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی در جهت افزایش رضایت‌مندی بیماران</p> <p>- افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان خدمات و ماندگاری پزشکان در بخش دولتی</p> <p>- حفظ و افزایش تعداد اعضاء هیأت علمی تمام وقت جغرافیایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی</p> <p>- استانداردهای و ارتقاء کیفیت در ارائه خدمت ویزیت سر پایی</p> <p>- افزایش رضایت بیماران مراجعه‌کننده</p> <p>- تغییر رفتار پزشکان و ایجاد تمایل به سمت فعالیت در کلینیک‌های ویژه با نرخ دولتی</p> <p>- بهبود فرآیندهای آموزشی از طریق افزایش کیفیت و زمان ویزیت سرپایی</p>
۷	ارتقاء کیفیت اورژانس هوایی	<p>- کاهش زمان رسیدن بر بالین بیمار و مصدوم نیازمند به خدمات فوریت‌های پزشکی</p> <p>- کاهش زمان انتقال بیمار از صحنه حادثه به مراکز درمانی و یا بین مراکز درمانی برای ارائه خدمات تخصصی</p> <p>- انتقال متخصصان، تجهیزات، اندام پیوندی، پادزهر و غیره</p> <p>- امکان ارزیابی محل حادثه در حوادث پرتلفات و ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی</p> <p>- راهبری عملیات زمینی از آسمان</p> <p>- کاهش مرگ‌ومیر و آسیب ناشی از حوادث و بیماری‌ها با کاهش زمان انتقال بیمار از صحنه به همراه انجام خدمات فوریت‌های پزشکی هوایی</p> <p>- کاهش زمان رسیدن بر بالین بیمار و مصدوم نیازمند به خدمات فوریت‌های پزشکی</p> <p>- کاهش زمان انتقال بیمار از صحنه حادثه به مراکز درمانی و یا بین مراکز درمانی برای ارائه خدمات تخصصی</p> <p>- انتقال متخصصان، تجهیزات، اندام پیوندی، پادزهر و غیره</p> <p>- امکان ارزیابی محل حادثه در حوادث پرتلفات و ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی</p> <p>- راهبری عملیات زمینی از آسمان</p>
۸	بازنگری کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت	<p>- حرکت به سمت واقعی شدن تعرفه خدمات سلامت</p> <p>- محاسبه دقیق رشد هر یک از اجزای تعرفه‌ای (جزء فنی و حرفه‌ای)</p> <p>- حذف پدیده دریافت‌های غیر رسمی</p> <p>- توقف ارجاع بیماران از بخش‌های دولتی به خارج از مراکز دانشگاهی</p> <p>- افزایش انگیزه حضور و ماندگاری نیروهای تخصصی در مناطق محروم به دلیل رفع اختلاف سطح درآمدی گروه‌های تخصصی مشابه</p> <p>- افزایش کمیّت و کیفیت خدمات سلامت ارائه‌شده در بخش‌های سرپایی و بستری دولتی</p> <p>- که هر سه هدف کلان وزارت بهداشت را تأمین می‌کند</p> <p>- تمرکز بر هدف کوتاه‌مدت واقعی‌سازی تعرفه‌ها و هدف بلندمدت حفاظت مالی از بیماران</p> <p>- ایجاد انضباط مالی در بخش دولتی و خصوصی</p> <p>- کنترل دریافت‌های غیرقانونی</p> <p>- ساماندهی کیفیت خدمات درمانی با تعرفه‌های واقعی</p> <p>- کاهش پرداخت از جیب مردم</p> <p>- واقعی‌سازی تعرفه خدمات سلامت و ایجاد عدالت</p>
۹	پرداخت مبتنی بر عملکرد	<p>- برقراری عدالت در پرداخت‌ها</p> <p>- افزایش بهره‌وری و کارایی بیمارستان‌های دولتی با استقرار نظام کارمزدی به‌جای نظام روز مزدی</p> <p>- تأکید بر کیفیت در پرداخت‌ها</p> <p>- مدیریت بهینه منابع انسانی</p> <p>- ایجاد نظام جامع اطلاعاتی برای پرداخت در سطح بیمارستان‌ها</p> <p>- ایجاد سیستمی برای پرداخت مبتنی بر عملکرد برای پزشکان و کارکنان غیرپزشک در بیمارستان‌ها</p> <p>- تقویت تمام‌وقتی پزشکان در بخش دولتی</p> <p>- حمایت از رشته‌های پزشکی کم‌درآمد در بیمارستان‌های دولتی</p> <p>- که هر سه هدف کلان وزارت بهداشت را تأمین می‌کند</p> <p>- تمرکز بر هدف کوتاه‌مدت عادلانه کردن روش پرداخت کارانه و هدف بلندمدت افزایش کیفیت خدمات سلامت</p>

## پیشنهادات

مقوله کارایی و افزایش آن در بخش بهداشت و درمان مقوله پیچیده‌ای است زیرا هم اندازه‌گیری کارایی با مشکل همراه است و هم طراحی و پیاده‌سازی راهبردهای مناسب جهت افزایش آن به راحتی امکان‌پذیر نیست، با این حال تجارب موفق در دنیا مانند خرید راهبردی خدمات، اصلاح سازوکارهای پرداخت و تجمیع منابع وجود دارد که حاکی از افزایش کارایی این بخش فضای بودجه‌ای آن

نگاهی به گزاره برگ‌های طرح تحول نظام سلامت<sup>۵</sup> نشان‌دهنده موفقیت کلی این طرح در دستیابی به برخی از اهداف بلندمدت خود نیز دارد طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی، ۲۰ تا ۴۰ درصد از منابع بخش سلامت کشورها درست مصرف نشده و بیهوده تلف می‌شود.

<sup>۵</sup> گزاره‌برگ‌های هفتگی طرح تحول نظام سلامت/ <http://nihr.tums.ac.ir>

از پیش به برنامه‌های پشتیبانی همچون ایجاد سامانه‌های اطلاعاتی سراسری و یکپارچه با امکان اخذ گزارش‌های تصمیم‌یار، ایجاد سامانه پرونده الکترونیک بیمار در مقیاس کشوری، راه‌اندازی هر چه سریع‌تر سامانه‌های کنترل پروژه در مورد برنامه‌های عملیاتی بیمارستان‌ها به‌خصوص در برنامه ارتقاء کیفیت خدمات هتلینگ، بهسازی بلوک‌های زایمانی، احداث کلینیک‌های ویژه و مراکز درمانی خاص و جدید، بهسازی یا احداث اورژانس‌ها، اتاق‌های عمل و غیره، ایجاد بسترهای فرهنگی مناسب برای برنامه‌هایی همچون ترویج زایمان طبیعی، ماندگاری و مقیمی، توجه به گسترش برنامه‌های چون پزشک خانواده و سایر بسترها و فرایندهای پشتیبان و در نهایت نظارت و پایش عملکرد مستمر. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌بایست به سمتی حرکت کند که تمامی پرسنل وابسته به این وزارتخانه، به طرح تحول نظام سلامت ایمان داشته باشند و دولتمردان، از هر جناحی و با هر رویکردی، باید آنرا قدمی در جهت منافع جمعی و رشد و تعالی اقتصادی و اجتماعی ایران بدانند.

## References

- Zare H, Trujillo AJ, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades, (1984-2010). *International journal for equity in health*. 2014;13:42.
- government. Thaite. The conditions of the area of health at the beginning of the work, and the health transformation plan. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2015.
- Moradi Lakeh M, Vosoogh Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran, equity and sustainability concerns. *International journal of health policy and management*. 2015;4(10):637-40.
- Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year, overuse as a barrier to universal coverage, World Health Report 2010, Background Paper. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
- Fazaeli Y, Amini MM, Gao S, Ng SW. Measurement of the justice indicator in the financing of health care expenditures in Iran, (2003-2005). Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.: 2007.
- Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalk F, Majedzadeh SR, Pourreza A, Arab M. Measured household exposure to catastrophic health care costs, longitudinal study in Tehran region 17. *Hakim Res J*. 2009.
- Alizadeh H, Mohammad H, Fazaeli A. Status of justice in financing the health system in Iran. *Int J Soc Welf*. 2005;5(19):279-300.
- Zaghfar H, Zargari N, Sangari Mahaed K. Measurement of inequalities in health expenditure in Iran. *Hakim Res J*. 2013.
- Razavi SM, Hasanzadeh A, Basmanji K. Fairness in financial contribution in health care, (Book in Persian). Tehran, Iran: Andishmand; 2005. 35-70 p.
- Yousefi M, Assari Arani A, Sahabi B, Kazemnejad A, Fazaeli S. A survey on the financial participation of households in the utilization of health services. *J Paramed, Tehran Univ Med Sci, Tehran, Iran*. 2015(8):527-17.
- Xu K, Saksena P, Jowett M, Indikadahena C, Kutzin J, Evans DB. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk, World Health Report 2010, Background Paper. Geneva, Switzerland: 2010.
- Iran. SCo. Statistical Centre of Iran, household, expenditure and income for 2011 Tehran, Iran: Statistical Centre of Iran.; 2015. Available from: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=339&agentType=View&PropertyID=1116>. 2015.
- Hashemi H. The reasons for the 70% incidence of cesarean delivery than normal vaginal delivery. Tehran: Aftab News; 2014. Available from: <http://aftabnews.ir/fa/news/245710>.
- Organization. WH. World health organization, global health workforce alliance, the Kampala declaration and Agenda for global action. Geneva: WHO; 2008.
- Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2009(1):5314.
- Henderson LN, Tulloch J. Incentives for retaining and moti-

<sup>6</sup> Pay for payment

<sup>7</sup> Diagnostic Related Groups (DRG)

- vating health workers in Pacific and Asian countries. *Human resources for health*. 2008;6:18.
- 17- Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC health services research*. 2008;8:19.
  - 18- Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and remote health*. 2009;9(2):1060.
  - 19- Barnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC health services research*. 2009;9:86.
  - 20- Organization. WH. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention Geneva. World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2009. Available from: [http://www.who.int/hrh/migration/rural\\_retention\\_background\\_paper.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/rural_retention_background_paper.pdf).
  - 21- Waiting patiently. *The New England journal of medicine*. 1991;324(5):335-7.
  - 22- Emadzadeh A, Yavari M, Ebrahimzadeh S, Ahmadian N. Relationship skills analysis of dentistry special assistant and their effects on patients satisfaction in Mashhad university of medical sciences. *J Mashhad Dent Sch*. 2004;28(1):69-76.
  - 23- Banerjee A, Sanyal D. Dynamics of doctor-patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *Journal of family & community medicine*. 2012;19(1):12-9.
  - 24- Milkovich GT, Newman JM. *Compensation*. 9th ed. New York: McGraw Hill Irwin; 2008.
  - 25- Nazari M, Divandari A, H. R. The effects of individual and group pay for performance and pay dispersion on performance, a hierarchical linear modeling approach, (HLM) in Mellat Bank. *J Organ Cult Manag*. 2015;13(3):647-972.
  - 26- Milkovich GT, Gerhart B, Hannon J. The effects of research and development intensity on managerial compensation in large organizations. *J High Technol Manag Res*. 1991;2(1):133-50.
  - 27- Adams Dudley R, Rosenthal MB. *Pay for performance, a decision guide for purchasers*. Washington, D.C. United States: AHRQ publication; 2006.
  - 28- Ourreza A. Health economics, areas and perspectives, (in Persian). *Payesh*. 2003;2(4):302-297.
  - 29- Hsiao WC, Braun P, Kelly NL, Becker ER. Results, potential effects, and implementation issues of the resource based relative value scale. *Jama*. 1988;260(16):2429-38.
  - 30- A two year report of health transformation plan, (May 5, 2014 to May 19, 2016) executive secretariat country in.

## Planning, Elaborating, and Implementating the Health Transformation Plan, Implementation of a National Plan with the Trusteeship of Ministry of Health and Medical Education Through the Creation of New Credit Resources and Extensive Inter-Sectoral Collaboration with the Overall Aim of Continuously Improving the Level of Health Alongside the Creation of Justice in Accessing and Benefiting and Protecting Citizens from Health Costs

Mohammad Aghajani <sup>1\*</sup>, Iraj Harirchi <sup>2</sup>, Ali Shahrami <sup>3</sup>, Ali Maher <sup>4</sup>, Alireza Olyaeemanesh <sup>5</sup>, Peirhossein Kolivand <sup>6</sup>, Mohmmad Hossein Mirdehghan <sup>7</sup>, Mosa Tabatabaei <sup>8</sup>, Jamshid Kermanchi <sup>9</sup>, Hassan Vaezi <sup>10</sup>, Farah babaei <sup>11</sup>, Saeid Manavi <sup>12</sup>, Marziyeh Zangeneh <sup>13</sup>, Arezoo Dehghani <sup>14</sup>, Leila Poraghasi <sup>15</sup>, Seyedeh Sana Hosseini <sup>16</sup>

<sup>1</sup> Deputy for Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

<sup>2</sup> Vice Minister and Deputy General Minister of Health and Medical Education

<sup>3</sup> Executive Vice of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

<sup>4</sup> Vice Deputy of Curative Affairs, Ministry Of Health and Medical Education

<sup>5</sup> Director General of the Office of Technology Assessment, Standards and Health Tariffs, Ministry of Health and Medical Education

<sup>6</sup> Head of the Emergency Department of the Country, Ministry of Health and Medical Education

<sup>7</sup> Head of Suedvision and Accreditation in Curative Affairs

<sup>8</sup> Head of the Department of Economic Planning and Health Insurance, Ministry of Health and Medical Education

<sup>9</sup> Adviser of Curative Affairs in the Disease Management, Ministry of Health and Medical Education

<sup>10</sup> Head of Hospital Emergency, Ministry of Health and Medical Education

<sup>11</sup> Head of Department of Midwifery, Ministry of Health and Medical Education

<sup>12</sup> Head of the Tariff Policy Department and Payment System, Ministry of Health and Medical Education

<sup>13</sup> Expert of Coordination Office and Planning of Health Insurance. Ministry of Health and Medical Education

<sup>14</sup> Director of Public Relations of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

<sup>15</sup> Expert of Tariff Policy Department, Payment and Treatment Resources, Ministry of Health and Medical Education

<sup>16</sup> Expert of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

### Please cite this article as follows:

Aghajani M, Harirchi I, Shahrami I, Maher I, Olyaeemanesh A, Kolivand P, et al. Planning, Elaborating, and Implementating the Health Transformation Plan, Implementation of a National Plan with the Trusteeship of Ministry of Health and Medical Education Through the Creation of New Credit Resources and Extensive Inter-Sectoral Collaboration with the Overall Aim of Continuously Improving the Level of Health Alongside the Creation of Justice in Accessing and Benefiting and Protecting Citizens from Health Costs. *Hakim Health Sys Res* 2017; 20(2): 110- 121.

\*Corresponding Author: 9 Th Floor, Block A, Eyvanak, E Qods, Tehran, Iran. Tel: +98-21- 81454646, Email: aghajani.m@health.gov.ir