

# بررسی عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۴-۱۳۷۹)

دفتر امور زیربنایی

## ۱. مقدمه

بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به طور مشخص شامل مجموعه‌ای از خدمات و فعالیت‌ها در موضوعات مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات یا مراقبت‌های درمانی، خدمات دارویی، بیمه درمان همگانی و آموزش عالی در گروه پزشکی است. در این بخش طی سال‌های برنامه‌های اول و دوم توسعه اقتصادی و اجتماعی به طور عمده افزایش نیروی انسانی پزشکی و اجرای برنامه‌های ویژه در موضوعات بهداشتی و درمانی و سپس افزایش امکانات مادی در امور درمان تخصصی مورد تأکید بوده است.

توجه ویژه به برنامه‌ها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سال‌های بعد از انقلاب اسلامی و تا سال‌های ابتدایی دهه ۱۳۷۰، همراه با دستاوردهای قابل ملاحظه‌ای همراه بود که تحسین سازمان‌های بین‌المللی، به خصوص سازمان جهانی بهداشت را موجب گردید. در

---

این مقاله، چکیده پژوهشی است که به سفارش «دفترخانه دائمی بررسی عملکرد دستگاه‌های اجرایی» در دفتر امور زیربنایی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی انجام گرفته و متن کامل گزارش در مرکز موجود است.

این سال‌ها اولویت در برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه از جهت تجهیز منابع، تخصیص اعتبارات و حمایت مسئولان و نمایندگان سیاسی و اجتماعی کشور در اجرای برنامه‌ها و آمادگی وزارت بهداشت در انجام تعهدات اجرایی این برنامه‌ها، محسوس بود. تحولات سال‌های دهه ۱۳۷۰ و بروز وضعیتی که سهم و نقش برنامه‌های بهداشتی را در مجموع اعتبارات بودجه عمومی و برنامه‌های اقتصادی-اجتماعی دولت کاهش داد، عاملی برای از دست رفتن اولویت این برنامه‌ها (علی‌رغم حفظ ظاهری اولویت مربوط به آن) از مجموع تصمیمات و اقدامات دولت گردید. این در حالی است که هنوز برنامه‌های بهداشتی بیش‌ترین اهمیت و تأثیر را در بهبود شاخص‌های حیاتی در مجموعه شاخص‌های توسعه انسانی و رفاه اجتماعی دارند و توسعه برنامه‌های بهداشتی به منظور دستیابی به شیوه‌های پیشگیری برای مجموعه وسیع‌تری از بیماری‌ها نسبت به گذشته (شامل انواع بیماری‌های نوپدید مانند ایدز و هیپاتیت و تمامی بیماری‌های غیرواگیردار و پیشگیری از تهدید عوامل زیان‌آور شیمیایی، فیزیکی و بیولوژیکی در حیات شهرها و بیماری‌های ناشی از تغذیه ناسالم و زیان‌آور و بسیاری موارد دیگر) و تغییر در بروز و شیوع انواع بیماری‌ها، در تمامی کشورهای جهان از اولویت‌های اول محسوب می‌گردد.

علی‌رغم افزایش چشمگیر تعداد فارغ‌التحصیلان در گروه پزشکی و وجود زمینه‌ها و امکانات بالقوه و فراوان هنوز در بسیاری از مناطق کم‌تر توسعه یافته شهری و مناطق روستایی، محرومیت از خدمات درمان تخصصی و بستری و کمبود نیروی انسانی پزشکی محسوس است. براین اساس مشکل عدم اشتغال فارغ‌التحصیلان در گروه پزشکی را باید از موجبات بروز نارضایتی در هر دو گروه خدمت‌گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت دانست. گسترش چشمگیر مراکز درمان تخصصی و فوق تخصصی در سطح کشور را که از عوامل مؤثر در کاهش نفقات و هزینه‌های اعزام بیمار به خارج محسوب می‌گردد، همراه با گسترش خدمات اورژانس در سطح کشور و بهبود در ارائه خدمات به بیماران دیالیزی و تالاسمی می‌توان از اقدامات مؤثر طی سال‌های ۱۳۷۴-۱۳۷۹ محسوب کرد. طی این دوره عدم تجهیز و تخصیص منابع در حد کافی برای گسترش خدمات در بخش‌های دولتی و خصوصی و متناسب با طرح موسوم به سطح‌بندی خدمات درمانی و ناکارآمدی مدیریت دولتی در مراکز درمانی و بیمارستانی از عوامل مؤثر در استمرار مشکلات گذشته و توسعه محدود خدمات علی‌رغم وجود زمینه بالقوه و مناسب نیروی انسانی بوده است.

همچنین علی‌رغم ادامه روند توسعه گذشته از جهات افزایش نیروی انسانی داروسازی، داروخانه‌ها و تولید دارو در داخل کشور، مشکلات کیفیت تولیدات داخلی و تولید مواد اولیه دارویی، وجود ظرفیت‌های بلااستفاده در صنایع دارویی و عدم نوسازی آن‌ها به طور کلی مشکلات اقتصادی در صنعت و بازار دارو که در شرایط کاملاً خصوصی سازی شده عمل می‌کند، از اهم مشکلات طی دوره مورد بحث است.

صنعت بیمه خدمات درمانی که زمینه‌سازی برای شکل دهی آن از سال ۱۳۷۴ با ایجاد سازمان بیمه خدمات درمانی صورت پذیرفت، با مشکلات عمومی - و اساساً خارج از حیطه فعالیت سازمان یاد شده - در زمینه بیمه درمان همگانی به خصوص برای دو گروه خویش فرمایان و روستاییان مواجه بوده است.

آموزش عالی در گروه پزشکی نیز بعد از آخرین مرحله ادغام آن با خدمات بهداشتی و درمانی، تا سال ۱۳۷۶ همچنان توسعه کمی داشت. بخش آموزش در گروه پزشکی در دوره ۱۳۷۹-۱۳۷۴، با مشکلات عمومی ناشی از کمبود منابع اعتباری و محدودیت در توسعه بهره‌مندی‌های سرانه در موضوعات آموزشی و دانشجویی مواجه بوده است. این محدودیت‌ها همراه با مشکلات ناشی از نامناسب بودن نظام نظارت و ارزشیابی پس از یک دوره بسیار سریع از رشد کمی در آموزش، از عوامل مؤثر در نارضایتی عمومی اعضای هیأت علمی و دانشجویان و افت کیفی آموزش محسوب می‌شود که اصلاح آن به ترتیب مورد نظر در برنامه سوم از طریق بازسازی شاخص‌های بهره‌مندی‌های سرانه و نظام نظارت و ارزشیابی همراه با افزایش توان و بهبود روش‌های مدیریتی امکان‌پذیر دانسته شده است. در این نوشتار تلاش می‌شود ضمن ارائه تصویری از عملکرد کمی، سیاست‌ها و فعالیت‌های انجام شده در زیربخش‌های اصلی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و روند توسعه فعالیت‌ها طی دوره ۱۳۷۹-۱۳۷۴، ارزیابی کلی از سیاست‌ها و استراتژی‌های مدیریتی طی دوره اشاره شده ارائه و همراه با آن تحلیلی از وضعیت طرح‌های عمرانی یا توسعه فیزیکی و همچنین برنامه‌ها و چالش‌های اصلی بخش در سال‌های در پیش رو عرضه شود.

## ۲. ارزیابی عملکرد کمی، سیاست‌ها و فعالیت‌های اصلی

### الف) بهداشت

در بخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه فعالیت‌های اصلی عبارتند از:

- بهداشت خانواده، شامل مراقبت از مادر و کودک، بهداشت باروری و ترویج تغذیه با شیر مادر؛

- پیشگیری و مراقبت از بیماری‌ها، شامل واکسیناسیون، بیماری‌یابی و درمان بیماری‌های بومی از جمله سل، مالاریا، بیماری‌های پوستی، انگلی، بیماری‌های منتقله از تماس جنسی و تعدادی دیگر از بیماری‌های رایج بومی و منطقه‌ای؛

- بهداشت محیط؛

- بهداشت دهان و دندان برای گروه‌های زنان باردار و کودکان زیر ۱۲ سال؛

- بهداشت حرفه‌ای برای تأمین خدمات مورد نیاز کارگران؛

- بهداشت مدارس.

شاخص‌های حیاتی و پوشش جمعیت هدف در موضوعات اصلی فوق را می‌توان به

شرح زیر دانست:

#### یک) شاخص‌های مرگ و میر

این شاخص‌ها در گروه اطفال زیر یک سال و تا پنج سال و مادران باردار، بسیار حایز اهمیت است. وضعیت این شاخص‌ها همراه با دیگر شاخص‌های مورد نظر در این گزارش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

به طوری که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، مرگ و میر کودکان زیر یک سال و زیر پنج سال در سال ۱۳۷۸ به ترتیب حدود ۲۶ و ۳۳ در هزار تولد زنده بوده است و در طول سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۷۸ تفاوتی را نشان نمی‌دهد و اهداف برنامه دوم توسعه نیز در این زمینه محقق نشده است. میزان مرگ و میر مادران باردار به دلیل عوارض حاملگی و زایمان در سال ۱۳۷۶ برابر ۳۷/۴ در ۱۰۰ هزار تولد زنده بوده است. ارقام به روز برای این شاخص در دسترس نیست، به نظر می‌رسد این شاخص‌ها اندازه گیری شده ولی نتایج اعلام نشده است و آنچه به عنوان برآورد ۱۳۷۸ گزارش گردیده از حفظ وضع موجود حکایت دارد و بهبودی را در این شاخص نشان نمی‌دهد.

مشکلات تحلیل این شاخص و بسیاری از شاخص‌های حیاتی دیگر عبارتند از:

۱. پایه آماری در سال‌های قبل بدون بررسی یا پژوهش‌های جامع تعیین گردیده و از این رو در تحلیل روند بهبود دشواری ایجاد کرده است. عدم اجرای پژوهش‌های جامع به تعداد

کافی در حال حاضر نیز از مشکلاتی است که در ارائه عملکردها و روندها مشاهده می‌شود.  
 ۲. چنانچه ارقام این شاخص‌ها را در سال‌های پایه نیز صحیح بدانیم، به دلایل دیگر از جمله عدم رسیدگی و ارزشیابی و نظارت بر فعالیت‌های شبکه‌های بهداشتی - درمانی یا کمبود امکانات و منابع مالی و تجهیزاتی لازم، معاونت بهداشتی تنها توانسته است وضع موجود را طی سال‌های اخیر حفظ کند.

۳. برنامه‌ریزان بدون توجه به امکانات و منابع مالی و همچنین بدون در نظر داشتن کارایی مدیران و نظام اجرایی، اهداف را تدوین کرده‌اند که نتیجه آن در تعداد زیادی از موارد، دور از دسترس بوده است. این مشکل در هدفگذاری تعدادی از شاخص‌ها برای سال‌های برنامه سوم نیز محسوس است.

#### دو) مراقبت از زنان باردار

عملکرد این شاخص در سال ۱۳۷۳ از حدود ۴۸ درصد فراتر ترفت که با هدف تعیین شده در برنامه اول (حدود ۷۵ درصد برای سال ۱۳۷۲) تفاوت بسیار دارد. به همین دلیل، با تجدیدنظر در هدفگذاری در برنامه دوم، هدف با پوشش ۶۸ درصد برای سال ۱۳۷۸ تعیین گردید و عملکرد این سال حدود ۷۴ درصد برآورد گردیده است که کم‌تر از برآورد عملکرد ۷۶/۵ درصدی برای سال ۱۳۷۶ است. واضح است که عملکرد نشان داده شده در چند سال اخیر بهبود نیافته و برآوردها نیز به دلیل نداشتن امکان بازبینی و پژوهش‌های میدانی دقت لازم را ندارند.

#### سه) میزان دسترسی جمعیت به مراقبت‌های بهداشتی

این شاخص نیز با مشکل شاخص‌های دیگر رو به رو بوده و از سال ۱۳۷۴ تا کنون، طبق آمارهای منتشره بهبودی نداشته و به هدف سال ۱۳۷۸ نیز نرسیده است. نکته حائز اهمیت این است که علی‌رغم مشکلات بسیار در بهبود این شاخص تا کنون، هدفگذاری برای سال ۱۳۸۳ (سال پایانی برنامه سوم) با پوشش صد درصد تعیین گردیده که به نظر نمی‌رسد متناسب با امکانات و منابع مالی و تجهیزاتی تخصیص یافته به آن تعیین شده باشد.

#### چهار) میزان پوشش تنظیم خانواده

با وجود اهمیت این شاخص در کنترل رشد جمعیت، متأسفانه دستیابی به هدف تعیین شده

در برنامه دوم محقق نگردید. از این رو با تجدید نظر در هدف ۷۰ درصدی سال ۱۳۷۸، هدف برنامه سوم در سال ۱۳۸۳ در حدود پوشش ۶۰ درصد تعیین شده است. به نظر می‌رسد در فعالیت مربوط به این شاخص، کمبود امکانات مالی و تجهیزاتی اهمیت بسیار دارد.

#### پنج) میزان استفاده از روش شیردهی

تعاریف مربوط به این شاخص در طول سه برنامه توسعه متفاوت بوده که این موضوع مقایسه آن‌ها را با یکدیگر دشوار کرده است. قرار بود این شاخص در سند برنامه اول توسعه درصد استفاده کنندگان از شیر مادر را برای حداقل ۱۸ ماه از ۵۰ درصد در سال ۱۳۶۷ به ۷۰ درصد در سال ۱۳۷۲ افزایش دهد. عنوان شاخص در سند برنامه دوم توسعه استفاده کنندگان از شیر مادر را به حدود ۱۲ ماه کاهش داده و قرار بود درصد آنان را از ۷۰ درصد در سال ۱۳۷۳ به ۷۷ درصد در سال ۱۳۷۸ افزایش دهد.

در برنامه سوم توسعه این شاخص به صورت درصد استفاده از روش شیردهی انحصاری تا ۶ ماهگی بیان شده که قرار است رقم آن از ۵۵/۷ درصد در سال ۱۳۷۸ به ۶۳ درصد در سال ۱۳۸۳ افزایش یابد.

#### شش) میزان کم وزنی کودکان

در بررسی وزارت بهداشت و یونیسف (۱۳۷۷) کم وزنی کودکان ۲۳-۱۰ ماهه، در نوع متوسط و شدید حدود ۷/۷ درصد، نوع شدید حدود ۰/۹ درصد و نوع خفیف حدود ۲۳/۱ درصد گزارش شده است. این شاخص برای کودکان زیر ۵ سال، در نوع متوسط و شدید حدود ۰/۹ درصد، نوع شدید حدود ۱/۵ درصد و نوع خفیف حدود ۲۸ درصد گزارش شده است. در جدول شماره ۱، شاخص دیگری برای کم وزنی نشان داده شده که مربوط به کم وزنی کودکان در هنگام تولد است. این شاخص به لحاظ سهولت در اندازه گیری انتخاب شده است. باید توجه داشت که به هر صورت عملکرد این شاخص از نتایج فعالیت‌های مراقبت از زنان باردار محسوب می‌شود.

هفت) میزان دسترسی جمعیت ساکن در مناطق روستایی به آب آشامیدنی سالم در تحلیل روند این شاخص باید توجه کرد که برنامه‌ریزی و هدفگذاری برای آن، صرفاً به

جدول ۱ شاخص‌های بهداشتی، عملکرد و هدف

عملکرد ۱۳۷۸	هدف برنامه دوم در سال ۱۳۷۸	عملکرد ۱۳۷۳	سال شاخص
۲۶	۲۲	۳۴	میزان مرگ و میر اطفال زیر یک سال (در ۱۰۰۰ تولد زنده)
۳۳	۲۷	۴۲	میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال (در ۱۰۰۰ تولد زنده)
۳۷/۴	۴۵	۵۲	میزان مرگ و میر مادران باردار به دلیل عوارض حاملگی و زایمان (در ۱۰۰ هزار تولد زنده)
۷۴	۶۸	۴۸	مراقبت از زنان باردار (درصد)
شهر ۶۵ روستا ۸۵	۹۰	۶۸	میزان دسترسی جمعیت به مراقبت‌های بهداشتی (درصد)
۵۵	۷۰	۴۶	میزان پوشش تنظیم خانواده (درصد)
۸۶	۷۷	۷۰	میزان استفاده از شیر مادر حداقل یک سال (درصد)
۵۶			روش شیردهی انحصاری تا ۶ ماهگی (درصد)
۱۰	۱۰	۸	نوزادان با وزن کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم در هنگام تولد (درصد)
۸۶	۹۲	۸۵	میزان دسترسی جمعیت ساکن در مناطق روستایی به آب آشامیدنی سالم (درصد)
۱/۳۵	۳/۲	۴/۲	میزان DMFT* در کودکان ۱۲ سال
۹۵	۹۸	—	پوشش انواع واکسیناسیون کودکان (درصد)
۶۸	۷۰	۴۶	میزان جمعیت کارگری تحت پوشش خدمات بهداشتی (درصد)

\* DMFT دندان‌های پوسیده، افتاده و پر شده.

مأخذ: گزارش‌ها و مستندات برنامه سوم توسعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

عهده بخش بهداشت نیست و چنانچه در این زمینه مشکلاتی مشاهده می‌شود به این دلیل است که برنامه‌ریزی و هماهنگی برای این شاخص بر عهده بخش‌هایی است که در زمینه

عمران روستاها فعالیت می‌کنند. اما به هر صورت اهمیت این شاخص در مجموعه شاخص‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی موجب گردیده که هدفگذاری و عملکرد آن به صورت مستمر مورد توجه قرار گیرد. براساس اطلاعات جدول شماره ۱ دستیابی به هدف ۹۲ درصدی در سال ۱۳۷۸ محقق نگردیده و با تعدیل در سال پایانی برنامه سوم توسعه (سال ۱۳۸۳) حدود ۹۱ درصد در نظر گرفته شده است. به نظر نمی‌رسد در تدوین این شاخص تاکنون هدفگذاری مناسب براساس هماهنگی‌های بین وزارتخانه‌های ذی‌ربط و امکانات مالی و اجرایی آن‌ها صورت پذیرفته باشد.

#### هشت) میزان دانش‌آموزان ۱۴-۶ ساله تحت پوشش خدمات بهداشتی

بررسی و تحلیل روند این شاخص خالی از اشکال نیست و این اشکال بیش‌تر از تغییر عنوان آن در دو برنامه اول و سوم توسعه ناشی می‌شود. این شاخص در برنامه سوم برای دانش‌آموزان ۱۸-۶ ساله تعریف شده است.

با توجه به زمینه محدود فعالیت، تاکنون روند بهبود این شاخص، دستیابی به هدف ۷۰ درصدی پوشش در سال ۱۳۷۸ را ممکن نکرده و عملکرد ارائه شده برای این سال حدود ۵۱ درصد بوده است. به هر صورت ضروری است هدف‌گذاری برای این شاخص در سال‌های آینده براساس امکانات مالی و تجهیزاتی و بهبود بهره‌وری مدیریتی صورت پذیرد.

#### نه) میزان DMFT در کودکان

این شاخص در برنامه دوم توسعه مورد توجه قرار گرفت. میزان DMFT (دندان‌های پوسیده، افتاده و پر شده) در سال‌های ۱۳۷۲ و ۱۳۷۳ حدود ۴/۲ و هدف برنامه در سال ۱۳۷۸ حدود ۳/۲ برآورد گردید. عملکرد مربوط به این شاخص در سال ۱۳۷۸ حدود ۱/۴۵ گزارش شده است. نکته حایز اهمیت این است که با وجود آن‌که از ۲۳۱۹ مرکز بهداشتی درمانی روستایی موجود - نه فعال - حدود ۷۰۳ مرکز فاقد یونیت دندانپزشکی است، حدود اعتماد به عملکرد ارائه شده کاهش می‌یابد. شاید رقم عملکردی ارائه شده به دلیل منظور داشتن عملکرد در مجموع شهر و روستا است. به همین ترتیب شاخص ۱/۱۵ تعیین شده به عنوان هدف در سال ۱۳۸۳ اعتبار لازم را ندارد.



### ده) پوشش واکسیناسیون

درصد پوشش واکسیناسیون هیپاتیت در سال ۱۳۷۴ حدود ۸۱ درصد و در سال ۱۳۷۸ حدود ۹۴ درصد برآورد شده است که بهبود محسوس و قابل ملاحظه‌ای است. در زمینه دیگر واکسیناسیون‌ها عملکرد سال ۱۳۷۸ حدود ۹۵ درصد گزارش شده است. هدف برنامه دوم توسعه در سال ۱۳۷۸ حدود ۹۸ درصد برای تمامی انواع واکسیناسیون‌ها در نظر گرفته شده بود. هدف برنامه سوم توسعه برای سال ۱۳۸۳ به صورت ابهام‌آمیز حدود ۹۵ درصد به بالا بیان شده است. موضوعی که حدود اعتماد به عملکردها را کاهش می‌دهد، اطلاعات و آماری است که در سالنامه‌های آماری از سوی معاونت پژوهشی ارائه می‌گردد. در این آمارها، تعداد انواع واکسیناسیون‌ها طی سال‌های اخیر روند نزولی داشته است. هنوز معاونت بهداشتی برای روند نزولی واکسیناسیون‌ها که در گزارش معاونت پژوهشی آمده دلیلی اعلام نکرده است.

### یازده) میزان جمعیت کارگری تحت پوشش خدمات بهداشتی

این شاخص نیز به هدف سال ۱۳۷۸ در برنامه دوم توسعه که حدود ۷۰ درصد پیش‌بینی شده بود، نرسیده است. عملکرد در این سال حدود ۶۸ درصد گزارش شده است. در این شرایط پیش‌بینی هدف ۹۳ درصدی برای سال پایانی برنامه سوم (سال ۱۳۸۳) دور از دسترس به نظر می‌رسد. باید توجه داشت که بهبود عملکرد این شاخص می‌تواند با ایجاد امکانات مناسب به وسیله کارگاه صورت پذیرد که این نیازمند اتکا به مقررات مناسب و انسجام نظارت و بازرسی‌های منظم و مستمر از سوی واحدهای مسئول در وزارت بهداشت است.

### دوازده) تعداد موارد مراجعه به خانه‌های بهداشت روستایی

در بررسی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی در سال ۱۳۷۵ تعداد مراجعات به خانه‌های بهداشت حدود ۱/۴۲ بار برای هر نفر در سال گزارش شده است که با توجه به انواع خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی به وسیله خانه‌های بهداشت شامل بهداشت خانواده، پیشگیری و مراقبت از بیماری‌ها، واکسیناسیون و درمان اولیه بیماری‌های ساده علامتی (حتی بیماری‌های عفونی) و خدمات تزریقات و پانسمان بسیار پایین است و لازم است علل آن بررسی شود. در سایر پژوهش‌ها نیز به طور پراکنده به پایین بودن مراجعات به خانه‌های

بهداشت به صورت خارج از انتظار اشاره شده است. به نظر می‌رسد علل این مشکل عبارتند از:

۱. پایین بودن کیفیت خدمات؛
  ۲. نامناسب بودن محل استقرار خانه‌های بهداشت از نظر دسترسی روستاهای مجاور به آن‌ها؛
  ۳. به طور کلی عدم نظارت مناسب و مستمر بر نحوه عملکرد شبکه‌های بهداشتی و درمانی در روستاها و به خصوص عملکرد مربوط به بیماری‌یابی‌ها.
- همچنین باید توجه داشت که براساس اطلاعات موجود، حدود ۴۵ درصد از خانه‌های بهداشت دارای روستاهای اقماری، برای ارائه خدمات سیاری، موتور سیکلت، حدود ۷۱/۵ درصد از مراکز بهداشتی درمانی روستایی و ۶۰ درصد از مراکز بهداشتی درمانی شهری، آزمایشگاه و حدود ۷۹ درصد رادیولوژی ندارند. از حدود ۱۵۴۰۰ خانه بهداشت موجود - نه فعال - نیز حدود ۴۰۷ خانه بهداشت برای نگهداری واکسن یخچال، حدود ۴۳۴ واحد ترازوی اندازه‌گیری وزن کودک و ۶۷۲ واحد ترازوی بزرگسالان برای مراقبت از زنان باردار ندارند. تازمانی که نسبت به تکمیل و تجهیز کامل خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری اقدام لازم صورت نپذیرد و تأمین منابع مالی و مدیریت این منابع به نحو صحیح سازماندهی نگردد و همراه با آن اقدامات نظارتی و پایش به صورت صحیح و کامل انجام نشود و تازمانی که نسبت به کارآمدی مدیریتی این مراکز برنامه‌ریزی مناسب و اجرایی صورت نپذیرد، دستاوردهای گذشته و حال شبکه‌های بهداشتی درمانی در معرض آسیب‌پذیری جدی قرار خواهد داشت.
- به طور کلی در برنامه‌ریزی‌ها و اجرای برنامه‌های بهداشتی به موضوعات زیر توجه نشده است:

۱. توسعه فضاهای فیزیکی، امکانات و تجهیزات بدون برنامه‌ریزی جامع و مکان‌یابی مناسب صورت پذیرفته و تحولات و حرکات جمعیتی نیز ناکارآمدی توسعه فیزیکی را تشدید کرده است.
۲. تربیت و توسعه نیروی انسانی مورد نیاز در شبکه‌های بهداشتی و درمانی و برنامه‌های متفاوت بهداشتی با نیازسنجی کامل و در انطباق با شرایط نظام ارائه خدمات صورت پذیرفته و امکان جذب نیروی انسانی آموزش‌یافته نیز در حد مناسب فراهم نشده است.

۳. پژوهش‌های میدانی برای پیگیری روند شاخص‌ها با درصد اطمینان بالا و کافی و هدف‌گذاری متناسب با امکانات فیزیکی و اعتباری و بهره‌وری مدیریت‌ها، با دشواری مواجه بوده است.

۴. جهت‌گیری‌ها در زمینه اداره اقتصادی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی دولتی در چارچوب نظام بیمه درمانی کشور با تحمیل بار مالی به روستاییان اهداف مورد نظر در بخش بهداشت را به طور نامطلوب تحت تأثیر قرار داده است. در حال حاضر در روستاها دریافت دارو و تعدادی از خدمات در مراجعات به مراکز بهداشتی درمانی روستایی مستلزم پرداخت هزینه‌هایی است که پیش از این تا سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ این هزینه وجود نداشته است.

۵. سیاست‌های اجرایی و برنامه‌های عملیاتی و مدیریت اجرایی نتوانسته به نحو مؤثر و کارآمد در تأمین سیاست کلی و مهم اولویت بهداشت و پیشگیری اولیه نسبت به درمان، توفیق حاصل نماید. این مشکل مانع از تخصیص و تجهیز منابع در فعالیتهای مراقبت‌های بهداشتی اولیه و تقویت امور پشتیبانی و مدیریتی آن در حد کفایت بوده است.

۶. کمبود منابع اعتباری و عدم هماهنگی لازم بین بخش پژوهشی که اعتبارات پژوهشی را از سوی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی برای مصارف مشخص دریافت می‌دارد و بخش بهداشت، انجام مطالعات و پژوهش‌های میدانی را برای بررسی وضع موجود در روندها و تغییرات وضعیت بهداشتی دشوار کرده است.

### ب) مراقبت‌های درمانی

در مراقبت‌های درمانی فعالیتهای اصلی براساس قانون تشکیل وزارت بهداشت و موضوعات برنامه‌های اول، دوم و سوم توسعه به شرح زیر طبقه‌بندی می‌شوند:

۱. تأمین شرایط لازم برای دسترسی مؤثر آحاد ملت به خدمات درمان سرپایی و بستری؛
۲. نظارت بر کیفیت و نحوه ارائه خدمات درمانی در بخش‌های دولتی، خیریه و

خصوصی؛

۳. تعیین استانداردهای مربوط به ارائه خدمات درمانی و پاراکلینیکی و تلاش برای تحقق

آن‌ها؛

۴. برنامه‌ریزی برای تأمین خدمات فوریت‌های پزشکی و کمک‌رسانی در حوادث

غیر مترقیه؛

۵. گسترش امکانات درمان بیماری‌های خاص و مواردی همچون سوختگی، روانی و

سرطانی؛

۶. سطح‌بندی خدمات درمانی و تجهیزات و نیروی انسانی پزشکی برای تأمین و

دسترسی مناسب جامعه به خدمات درمانی؛

۷. اصلاح و بازنگری در مدیریت واحدهای درمانی برای افزایش کارایی و بازدهی مراکز

درمانی و بیمارستانی؛

۸. تأمین شرایط لازم برای گسترش مشارکت بخش خصوصی، بنیادها و نهادهای خیریه

در ارائه خدمات درمانی در چارچوب ضوابط و سیاستگذاری‌های بخش؛

۹. سیاستگذاری در امور تولید، صادرات و واردات تجهیزات پزشکی؛

۱۰. برنامه‌ریزی برای اعزام بیماران صعب‌العلاج به خارج از کشور و تأمین تدریجی

امکانات درمانی برای این بیماران در داخل کشور.

روند متغیرهای عمده و تحلیل تغییرات آن‌ها در بخش درمان به شرح زیر است:

#### یک) اندکس تخت ثابت بیمارستانی به ازای هزار نفر جمعیت

اندکس تخت ثابت به ازای هزار نفر جمعیت در سال‌های ۱۳۷۳ و ۱۳۷۴ به ترتیب حدود ۱/۶۴ و ۱/۶۶ تخت بود که در سال ۱۳۷۸ نیز در همین حدود باقی مانده است. در نظر گرفتن اندکس ۱/۵۲ تخت ثابت به ازای هر هزار نفر جمعیت در هر یک از شهرستان‌ها در برنامه اول موجب گردید در هر یک از شهرستان‌ها به صورت جداگانه براساس شاخص یاد شده نسبت به توسعه تخت‌های بیمارستانی برنامه‌ریزی شود. در همین سال‌ها سازمان تأمین اجتماعی نیز به طور مستقل برای توسعه درمان مستقیم اقدام به احداث بیمارستان در تعدادی از شهرستان‌ها کرد. نمایندگان مجلس شورای اسلامی نیز در دوره یاد شده از حامیان این برنامه محسوب می‌شدند. روند به وجود آمده موجب گردید براساس برآوردهای سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی در سال ۱۳۷۶ تعداد ۲۳۰۰۰ تخت مازاد بر نیاز (البته براساس اندکس برنامه) وجود داشته باشد در حالی که با حدود ۳۱۰۰۰ تخت بیمارستانی که در مرحله احداث بودند، کمبودی معادل ۱۱۰۰۰ تخت در مجموع شهرهای کشور برآورد می‌گردید. مشاهده چنین وضعیتی و اختلاف نظر بین وزارت بهداشت و سازمان مدیریت و

برنامه‌ریزی، از جمله دلایل اولیه برای شروع مطالعات مربوط به طرح سطح‌بندی خدمات درمانی بود. وضعیت این شاخص و سایر شاخص‌های فیزیکی و انسانی در توسعه خدمات درمانی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲ امکانات فیزیکی و نیروی انسانی در مراقبت‌های درمانی و شاخص‌ها

شاخص	سال			
	۱۳۷۸	۱۳۷۷	۱۳۷۶	۱۳۷۴
جمعیت (هزار نفر)	۶۲,۸۱۷	۶۱,۹۴۸	۶۰,۹۹۴	۵۹,۲۹۵
تعداد تخت‌های ثابت بیمارستانی	۱۰۳,۳۹۴	۹۸,۶۶۹	۹۶,۱۴۸	۹۸,۲۹۱
اندکس تخت ثابت	۱/۶۴	۱/۵۹	۱/۵۸	۱/۶۶
تعداد مراکز رادیولوژی	۱,۵۸۱	۱,۵۶۱	۱,۴۵۶	۱,۲۶۹
نسبت مراکز رادیولوژی به هزار نفر جمعیت	۲/۵۲	۲/۵۲	۲/۳۹	۲/۱۴
تعداد مراکز آزمایشگاهی	۳,۳۵۵	۳,۳۸۷	۳,۱۷۰	۲,۷۴۶
نسبت مراکز آزمایشگاهی به هزار نفر جمعیت	۵/۳۴	۵/۴۷	۵/۲	۴/۶۳
تعداد مراکز توانبخشی	۱۱۲۰	۹۳۶	۸۱۳	۶۳۰
نسبت مراکز توانبخشی به هزار نفر جمعیت	۱/۷۸	۱/۵۱	۱/۳۳	۱/۰۶
تعداد پزشک	۶۳,۵۷۰	۵۹,۷۱۰	۵۶,۵۹۹	۴۵,۷۷۶
نسبت جمعیت به پزشک	۱/۷۸	۱/۵۱	۱/۳۳	۱/۰۶
تعداد دندانپزشک	۱۲,۲۳۹	۱۱,۴۲۱	۱۰,۵۵۹	۸,۷۹۹
نسبت جمعیت به دندانپزشک	۵,۱۳۲	۵۴/۲۴	۵,۷۷۶	۶,۷۳۹
تعداد داروساز	۹۲۸۱	۸,۷۵۳	۷,۹۱۰	۶,۲۲۴
نسبت جمعیت به داروساز	۶,۷۶۸	۷,۰۷۷	۷,۷۱۱	۹,۵۲۷
ضریب اشتغال تخت بیمارستانی	۵۳		۵۷/۷۵	

مأخذ: گزارش‌ها و مستندات برنامه سوم توسعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

دو) نسبت مراکز تشخیصی - درمانی و توانبخشی به هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۷۴ تعداد مراکز رادیولوژی حدود ۱۲۶۹ و در سال ۱۳۷۸ بالغ بر ۱۵۸۱ بوده است. نسبت مراکز رادیولوژی به هزار نفر جمعیت کشور در سال ۱۳۷۴ حدود ۲/۱۴ و در سال‌های ۱۳۷۶ و ۱۳۷۸ به ترتیب حدود ۲/۳۹ و ۲/۵۲ بوده است (جدول شماره ۲). همچنین تعداد

آزمایشگاه‌های تشخیصی - طبی در سال ۱۳۷۴ حدود ۲۷۴۶ و در سال‌های ۱۳۷۶ و ۱۳۷۸ به ترتیب حدود ۳۱۷۰ و ۳۳۵۵ آزمایشگاه بوده است. نسبت آزمایشگاه‌ها به هزار نفر جمعیت کشور طی سال‌های ۱۳۷۴-۱۳۷۸ با روند رشد از ۴/۶۳ به ۵/۳۴ افزایش یافته است (جدول شماره ۲).

در این دوره، همچنین تعداد مراکز فیزیولوژی (توانبخشی) از ۶۳۰ مرکز به ۱۱۲۰ مرکز فیزیولوژی افزایش یافته است. در دوره مذکور نسبت مراکز فیزیولوژی به هزار نفر جمعیت کشور با برخورداری از رشد سریع از حدود ۱/۰۶ به ۱/۷۸ افزایش یافته است (جدول شماره ۲). توسعه فیزیکی مراکز یاد شده به طور عمده ناشی از افزایش نیروی انسانی تربیت شده و سرمایه گذاری بخش‌های دولتی وابسته به وزارت بهداشت و غیر وابسته و بخش خصوصی است.

نکته شایان ذکر این است که علی‌رغم رشد کمی قابل ملاحظه در تخت‌های بیمارستانی و مراکز رادیولوژی، آزمایشگاهی و فیزیولوژی طی سال‌های ۱۳۶۷-۱۳۷۸، سهم بخش خصوصی از مجموع مراکز یاد شده، تغییرات محسوسی نیافته است (جدول شماره ۳). در مورد سهم بخش خصوصی از تعداد کل تخت‌های بیمارستانی، نسبت یاد شده طی این دوره تقریباً ثابت مانده است. چنین وضعیتی به طور عمده ناشی از سنگین بودن سرمایه گذاری در احداث بیمارستان و عدم تخصیص تسهیلات اعتباری لازم به بخش خصوصی و روشن نبودن سیاست‌های وزارت بهداشت در مکان‌یابی‌ها و احداث بیمارستان‌های جدید بوده است. در مورد سایر مراکز تشخیصی و پاراکلینیکی نیز به دلایل به نسبت مشابه، سهم بخش خصوصی در ارائه خدمات به صورت بسیار محدود رشد کرده که در مجموع حاکی از تثبیت نسبی سهم و نقش بخش دولتی در عرضه خدمات بهداشتی و درمانی و ناکافی بودن منابع سرمایه گذاری بخش خصوصی است. در چنین شرایطی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی در برنامه سوم توسعه، به جای فراهم کردن منابع اعتباری و ایجاد انگیزه در بخش خصوصی برای توسعه سهم و نقش بخش خصوصی در فرایند توسعه خدمات، بر سیاست جانشینی بخش خصوصی در عرضه خدمات در سطح فعلی تأکید کرده و واگذاری مراکز تحت مدیریت بخش دولتی (یا دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت) به بخش خصوصی را در برنامه سوم توسعه مورد نظر داشته است. چنین سیاستی علاوه بر آسیب رساندن به روند توسعه فیزیکی تسهیلات بهداشتی و درمانی، وضعیت آموزش نیروی انسانی در گروه

پزشکی در بخش دولتی را نیز آسیب پذیر می‌کند. به طور مثال سیاست واگذاری بیمارستان‌های آموزشی به بخش خصوصی در شرایطی که هنوز دانشجویان در گروه پزشکی از جهات کمبود تخت‌های بیمارستانی برای آموزش گرفتار مشکل هستند، کیفیت آموزش را به طور نامطلوب تحت تأثیر قرار خواهد داد.

جدول ۳ امکانات فیزیکی مراقبت‌های درمانی در بخش خصوصی و سهم این بخش از مجموع امکانات

۱۳۷۸	۱۳۷۶	۱۳۷۴	۱۳۶۷	
۱۰۳,۳۹۴	۹۶,۱۴۸	۹۸,۲۹۹	۷۷,۸۰۴	تعداد تخت‌های ثابت بیمارستانی
۱۰,۳۸۴	۹,۵۷۶	۱۰,۰۷۲	۷,۹۱۲	تعداد تخت‌های بخش خصوصی
۱۰	۱۰	۱۰/۲	۱۰/۲	سهم بخش خصوصی از تخت‌های بیمارستانی (درصد)
۱,۵۸۱	۱,۲۵۶	۱,۲۶۹	۹۷۵	تعداد کل مراکز رادیولوژی
۶۶۵	۵۵۵	۲۶۵	۳۴۹	تعداد مراکز رادیولوژی در بخش خصوصی
۴۲/۱	۲۸/۱	۲۶/۷	۳۵/۸	سهم بخش خصوصی از مراکز رادیولوژی (درصد)
۳,۳۵۵	۳,۱۷۰	۲,۷۲۶	۱,۶۷۱	تعداد کل مراکز آزمایشگاهی
۱۱۹۹	۹۶۵	۶۹۷	۳۸۹	تعداد مراکز آزمایشگاهی در بخش خصوصی
۳۵/۷	۳۰/۴	۲۵/۲	۲۳/۳	سهم بخش خصوصی از مراکز آزمایشگاهی (درصد)
۱/۱۲۰	۸۱۳	۶۳۰	۳۰۴	تعداد کل مراکز توانبخشی
۵۴۴	۳۴۶	۲۶۴	۱۱۷	تعداد مراکز توانبخشی در بخش خصوصی
۴۸/۶	۴۲/۶	۴۱/۹	۳۸/۵	سهم بخش خصوصی از مراکز توانبخشی (درصد)

مأخذ: گزارش‌ها و مستندات برنامه سوم توسعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

### سه شاخص‌های نیروی انسانی

تعداد پزشکان در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۷۹ به ترتیب حدود ۶۳۵۷۰ نفر و ۶۶۶۹۰ نفر بوده است. به این ترتیب در سال ۱۳۷۹ تعداد پزشکان حدود ۳/۶ برابر سال ۱۳۶۷ و حدود ۱/۸ برابر سال ۱۳۷۲ است. طی سال‌های ۱۳۷۲-۱۳۷۹ سالانه حدود ۲۵۰۰ نفر به طور متوسط به تعداد پزشکان افزوده شده است. به طوری که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود نسبت جمعیت به پزشک از ۲۹۱۵ نفر در سال ۱۳۶۷ به حدود ۱۲۹۵ نفر در سال ۱۳۷۴ و به حدود

۹۸۸ نفر و ۹۵۵ نفر به ترتیب در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۷۹ کاهش یافته است. به همین ترتیب تعداد دندانپزشکان در کشور در سال ۱۳۶۷ برابر ۳,۴۳۵ نفر بوده که در سال ۱۳۷۴ به حدود ۲,۵۶ درصد برابر با ۸,۷۹۹ نفر افزایش یافت. با افزایش تعداد دندانپزشکان در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۷۹ به ترتیب به حدود ۱۲,۲۳۹ نفر و ۱۲,۸۷۶ نفر نسبت دندانپزشک به جمعیت بهبود قابل ملاحظه داشته است. با افزایش تعداد فارغ‌التحصیلان داروسازی از حدود ۴۷۱۲ نفر در سال ۱۳۷۲ به حدود ۹۲۸۱ نفر در سال ۱۳۷۸ و ۹۵۹۲ نفر در سال ۱۳۷۹، نسبت جمعیت به فارغ‌التحصیلان داروسازی نیز به شرح نشان داده شده در جدول شماره ۲ بهبود قابل ملاحظه‌ای داشته است.

علی‌رغم افزایش قابل ملاحظه نیروی انسانی در گروه پزشکی از ابتدای دهه ۱۳۷۰ و وجود قانون توزیع نیروی انسانی، به دلیل فراهم نبودن امکانات کافی در مناطق محروم یا کم‌تر توسعه یافته، کمبود پزشک در بسیاری از این مناطق هنوز محسوس است. در واقع این کمبود ناشی از مشکلات اشتغال فارغ‌التحصیلان فعلی است که با توجه به برآورد و وجود حدود ۸۰۰۰ پزشک عمومی بیکار و حدود ۱۷۰۰۰ کارشناس پرستاری بیکار و ۱۴۰۰۰ مامای بیکار در سال ۱۳۷۸، در صورت رفع مشکل بیکاری و فراهم آمدن امکان جذب آن‌ها در مناطق محروم، مشکل کمبود پزشک و سایر نیروی انسانی در گروه پزشکی را می‌توان به طور کامل رفع شده دانست. این در شرایطی است که هنوز سالانه ۵۵۰۰ نفر فارغ‌التحصیل دکتری حرفه‌ای و تعداد کثیری از سایر فارغ‌التحصیلان در گروه پزشکی در ۴-۶ سال آینده وارد بازار کار می‌شوند. در صورت برقراری نظام ارجاع و ایجاد ترمینات مربوط به پزشک خانواده می‌توان طی سال‌های آینده مراجعات به پزشکان عمومی را در شهرها افزایش داد و با کاهش هزینه مراجعه به پزشکان متخصص، کمبود کادرب پزشکی متخصص در کشور را نیز رفع کرد.

#### چهار) شاخص ضریب اشغال تخت

یکی از مشکلات عمومی در پایین بودن بهره‌وری تخت‌های بیمارستانی بخش دولتی، با پایین بودن ضریب اشغال تخت در این بیمارستان‌ها نشان داده می‌شود. ضریب یاد شده در سال‌های ۱۳۶۹ و ۱۳۷۰ حدود ۵۰ درصد و در سال ۱۳۷۶ حدود ۵۷/۷۵ درصد گزارش گردید. ضریب اشغال تخت در سال ۱۳۷۸ حدود ۵۳ درصد اعلام شده است. با توجه به



وضعیت این ضریب در شرایط به نسبت مطلوب که حدود ۸۰ تا ۹۰ درصد است، وضعیت بهره‌وری بیمارستان‌های دولتی را براساس ضریب اشغال تخت نمی‌توان مناسب دانست. این در شرایطی است که به علت عدم برنامه‌ریزی صحیح در گذشته برای ایجاد ظرفیت‌های مناسب در بخش‌های تخصصی و از جمله در بخش‌های مراقبت‌های ویژه، مشکل کمبود تخت در تعدادی از بیمارستان‌ها و وجود تخت مازاد در تعدادی دیگر به طور همزمان مشاهده می‌شود. در ضمن علی‌رغم وجود تخصص‌ها و تجهیزات در حد نسبتاً مناسب در بیمارستان‌های دولتی، هنوز توجه مردم برای مراجعه به این بیمارستان‌ها به علل مختلف، در حد مورد انتظار نیست.

#### پنج) وضعیت بیماران خاص

بیماران دیالیزی و تالاسمی دو گروه از بیمارانی هستند که با توجه به ماهیت بیماری آن‌ها، نیازمند امکانات اضافی و خاص هستند. طبق آمار موجود حدود ۷۰۰۰ بیمار دیالیزی و ۲۲۰۰۰ بیمار تالاسمی در کشور وجود دارد. ارائه خدمات مورد نیاز به بیماران دیالیزی مستلزم وجود حداقل ۱۱۶۰ تخت و دستگاه مورد نیاز در کشور است، که علی‌رغم وجود امکانات فیزیکی برای آنان، کمبود منابع اعتباری و حمایت جدی از جانب دولت در این زمینه از مشکلات اساسی محسوب می‌شود. تعداد جراحی پیوند کلیه از ۲۴۲ مورد در سال ۱۳۶۷، به حدود ۱۳۰۰ مورد در سال ۱۳۷۹ افزایش یافته که این رشد قابل ملاحظه است. در مورد مبتلایان به تالاسمی که تعداد آن‌ها متأسفانه رو به افزایش است، تعداد درمانگاه‌های خاص این بیماران از ۲۶ درمانگاه در سال ۱۳۷۴ به ۵۱ درمانگاه در سال ۱۳۷۶ و به حدود ۶۰ درمانگاه در سال ۱۳۷۹ افزایش یافته است. در این سال همچنین تعداد حداقل ۳۷ درمانگاه به طور اختصاصی به بیماران هموفیلی ارائه خدمت می‌کرد. در مورد تعداد بیماران روانی حاد و مزمن اطلاع دقیقی در دست نیست. با توجه به ویژگی درمان این بیماری‌ها، در حال حاضر کمبود امکانات مراقبت از بیماران مزمن روانی در آسایشگاه‌ها و درمانگاه خاص بیماران روانی حاد، قابل توجه است.

#### شش) خدمات شبکه اورژانس کشور

ساماندهی شبکه اورژانس کشور به منظور پاسخ‌گویی به فوریت‌های پزشکی و حضور

سریع متخصصان و تکنیسین های اورژانس بر بالین بیمار یا مصدوم و مداوای فوری و انتقال مصدومین به مراکز درمانی و اورژانس، طی سال های ۱۳۷۶ به بعد مورد تأکید بوده است. تعداد پایگاه های اورژانس از ۱۱۰ پایگاه در سال ۱۳۶۷ به حدود ۲۵۷ پایگاه در سال ۱۳۷۶ و ۴۶۲ پایگاه در سال ۱۳۷۹ افزایش یافته و قرار است تا پایان سال ۱۳۸۰ نیز حدود ۱۶۰ پایگاه دیگر با همکاری سایر سازمان ها تأسیس شود. در حال حاضر تهیه آمبولانس های ویژه خارجی و تأمین منابع اعتباری لازم برای توسعه پایگاه های اورژانس مطابق با برنامه و مکان یابی فراهم آمده از مشکلات عمده برای توسعه شبکه اورژانس کشور محسوب می گردد. اخیراً با راه اندازی هلیکوپترهای امداد و انجام دادن ۲۸۰ مأموریت در سال ۱۳۷۹ حدود ۳۰۰ بیمار در مدت زمان کوتاه (حدود ۵/۶ دقیقه) به مراکز درمانی منتقل گردیده اند که بسیار حائز اهمیت است.

به طور کلی باید توجه داشت که براساس طرح ارائه شده برای سطح بندی خدمات درمانی و تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی در سال های ۱۳۷۹-۱۳۷۷ شرایط لازم برای ساماندهی وضعیت درمانی کشور به نحو کامل و مناسب شناسایی گردیده است. اگرچه نگرش سازمان مدیریت و برنامه ریزی به این طرح تنها محدود کردن توسعه فیزیکی بخش درمان از طریق جلوگیری از احداث بیمارستان و تهیه تجهیزات و سایر امکانات فیزیکی در مناطق غیر نیازمند است، اما با استناد به این طرح و با توجه به وضعیت نامطلوب بهره مندی های سرانه از امکانات فیزیکی در کل کشور و در مناطق محروم می توان در صورت وجود اعتبارات کافی، نسبت به بهبود شاخص های بهره مندی به ویژه شاخص اندکس تخت بیمارستانی و بهبود دسترسی به تخت های تخصصی به ویژه تخت های مراقبت های ویژه (برای بزرگسالان و کودکان) اقدام کرد. در حال حاضر عدم تخصیص اعتبار لازم از سوی سازمان مدیریت و برنامه ریزی برای توسعه یاد شده از مشکلات عمده محسوب می گردد. نکته شایان ذکر این است که براساس مطالعات طرح سطح بندی خدمات، قریب به ۷۰ درصد بیمارستان های کشور غیر استاندارد هستند. پیش از این نیز وزارت بهداشت اعلام کرده بود که حداقل حدود ۳۰ درصد از ظرفیت بیمارستان های کشور از جهات ساختمانی و تأسیساتی کاملاً فرسوده و مستهلک شده هستند. بر این اساس اجرای طرح سطح بندی خدمات در مرحله نخست نیاز به اعتبارات لازم برای بهبود استاندارد بیمارستان ها و ایجاد بیمارستان های جدید به جای بیمارستان های فرسوده دارد. در ضمن

این طرح در صورت تعهد به اجرای کامل آن می‌تواند زمینه‌ساز اشتغال نیروی انسانی در گروه پزشکی با توزیع مناسب تخصص‌ها در کشور در بخش‌های دولتی و خصوصی باشد که در این صورت ضروری خواهد بود موانع موجود در توزیع مطلوب نیروی انسانی پزشکی از جهات مقرراتی و پرداخت حقوق و دستمزد نیز سریعاً برطرف گردد.

### ج) دارو

بنابر قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قانون مربوط به مقررات امور پزشکی، دارویی، مواد خوراکی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴ و قانون مواد خوردنی، آشامیدنی و بهداشتی مصوب سال ۱۳۴۶ و اصلاحیه‌ها و موضوعات طرح شده در برنامه‌های اول، دوم و سوم توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور، فعالیت‌های اصلی وزارت بهداشت در امور غذا و دارو را می‌توان به طور خلاصه به شرح زیر دانست:

- تدوین فهرست داروهای کشور؛
  - تهیه و عرضه داروهای مورد نیاز کشور؛
  - نظارت و کنترل دقیق بر کلیه مراحل تولید، واردات، و توزیع و مصرف، با هدف دسترسی آسان جامعه به داروهای مورد نیاز؛
  - تضمین کیفیت داروی تولیدی و وارداتی؛
  - کنترل نظام اقتصادی و قیمتگذاری دارو از تولید و عرضه تا مصرف.
- علاوه بر موارد فوق با توجه به وظایف مورد انتظار از وزارت بهداشت در حوزه دارو، تعیین الگوی تجویز و مصرف دارو، اطلاع‌رسانی دارویی برای گروه‌های پزشکی، ایجاد تسهیلات در گسترش واحدهای تولید مواد اولیه دارویی و داروهای گیاهی، سیاستگذاری در کلیه امور تولید، عرضه و تجویز دارو و ایجاد تسهیلات جهت افزایش صادرات دارو و خودکفایی صنعت دارو در کشور از اهم فعالیت‌های این بخش محسوب می‌گردد.
- شاخص‌های مهم در بخش دارویی کشور به شرح زیر است:

#### یک) شاخص نسبت جمعیت به دکتر داروساز

باتوجه به برنامه‌های افزایش نیروی انسانی دانش‌آموختگان در گروه‌های پزشکی، توفیق چشمگیری در تربیت داروسازان عمومی در کشور حاصل شده است، به طوری که در پایان

سال ۱۳۷۹ به ازای هر ۶,۶۴۱ نفر یک دکتر داروساز وجود داشته است. این نسبت در سال‌های ۱۳۷۲، ۱۳۷۴ و ۱۳۷۶ به ترتیب حدود ۱۲۲۴۰ نفر، ۹۵۲۷ نفر و ۷۷۱۱ نفر بوده است. این وضعیت در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

### دو) شاخص نسبت جمعیت به داروخانه

این شاخص نشان‌دهنده حدود دسترسی جامعه به دارو و خدمات دارویی در کشور است. بهبود در وضعیت این شاخص نشان‌دهنده آن است که در صورت نبود کمبود در عرضه دارو، جامعه در تأمین دارو و نسخه‌پیچی دارای شرایط مطلوب است. با محسوب کردن داروخانه‌های مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی در مجموع داروخانه‌ها، نسبت جمعیت به داروخانه در کشور از ۹۱۴۶ در سال ۱۳۶۷ به ۶۷۸۵ در سال ۱۳۷۴ و ۶۳۴۹ در سال ۱۳۷۶ و ۵۹۹۰ در سال ۱۳۷۸ کاهش یافته است که نشان‌دهنده بهبود قابل ملاحظه در دسترسی به دارو است.

باید توجه داشت که کیفیت ارائه خدمات دارویی در داروخانه‌های مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی نسبت به سایر داروخانه‌ها سطح نازل‌تری دارد و برای حدود ۲۱ میلیون جمعیت روستایی کشور با حدود ۲۳۰۰ داروخانه در مراکز بهداشتی درمانی روستایی، نسبت جمعیت به داروخانه حدود ۹۱۳۰ نفر است که در مقایسه با شاخص کشور سطح نامطلوب‌تری دارد.

### سه) شاخص مصرف سرانه عددی و ریالی فروش دارو

مصرف سرانه عددی دارو از ۱۸۵/۸ در سال ۱۳۶۷ به ۲۲۸/۶ در سال ۱۳۷۴ و ۲۶۴/۵ در سال ۱۳۷۶ و ۲۹۳/۴ در سال ۱۳۷۹ افزایش یافته است. همچنین مصرف سرانه ریالی دارو از ۱۸۸۷/۵ ریال در سال ۱۳۶۷ به ۱۵۰۹۱/۸ ریال در سال ۱۳۷۴ و ۲۲۵۰۸/۸ ریال در سال ۱۳۷۶ و ۵۲۸۴۲/۶ ریال در سال ۱۳۷۹ افزایش یافته است. علت عمده افزایش در مصارف سرانه عددی و ریالی، افزایش تعداد پزشکان و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش تعداد داروخانه‌ها و امکان تهیه دارو بدون ارائه نسخه از داروخانه‌ها، توسعه بیمه خدمات درمانی و افزایش قیمت دارو طی دوره مورد بحث است. البته افزایش مصرف عمدتاً در گروه داروهای غیراساسی بوده است.

**چهار) شاخص نسبت داروهای تولیدی در داخل کشور به کل داروی مصرفی**  
 این نسبت نشان‌دهنده وضعیت بهبود یافته تولید در کشور است. نسبت داروی تولیدی در کشور به کل داروی مصرفی در سال‌های ۱۳۷۹ - ۱۳۶۷ از ۹۱/۸ درصد به حدود ۹۷-۹۶ درصد افزایش یافته است. در همین دوره نسبت ارزش تخصیص یافته برای تولید داخل به کل ارزش مصرفی دارو از ۷۴ درصد به ۵۳/۶ درصد کاهش یافته است. در مقابل، میزان داروی وارداتی طی دوره ۱۳۶۷-۱۳۷۹ از نظر عددی از ۸/۱ درصد به ۳/۸۲ درصد کاهش یافته و از نظر ارزی از ۲۶ درصد به ۴۶/۴ درصد از کل ارزش مصرفی دارو افزایش یافته است. این تغییرات به طور عمده ناشی از کاهش قیمت جهانی مواد اولیه دارویی برای تولید دارو در داخل کشور و گران شدن قیمت جهانی داروهای ساخته شده وارداتی با فرمولاسیون‌های جدید است. براین اساس توفیق به دست آمده در طی سال‌های اخیر در کسب فرمولاسیون‌های دارویی، با ورود داروهای جدید در جهان فقط در شرایطی استمرار خواهد داشت که تلاش جدی در ارتقای دانش فرمولاسیون و تولید مواد اولیه دارویی صورت پذیرد.

#### پنج) شاخص تولید مواد اولیه دارویی

صنعت داروسازی کشور علی‌رغم توفیق نسبتاً بالا در فرمولاسیون‌های دارویی، موفقیت چندانی در تولید مواد اولیه دارویی نداشته است. به طور کلی در مقایسه با سال ۱۳۷۰، صرفه جویی ارزی در تولید مواد اولیه دارویی در سال ۱۳۷۶ حدود ۳۵ میلیون دلار یعنی معادل ۱۷/۳ ارزش مصرفی در این صنعت بوده است. نبود برنامه‌ریزی و انگیزه کافی و محدودیت منابع سرمایه‌گذاری و فن‌آوری و همچنین محدودیت بازار مصرف داخلی و عدم توجه به بازارهای صادراتی همراه با ضعف صنایع پشتیبانی در ساخت ماشین‌آلات و مهندسی شیمی از دلایل عمده موفق نبودن در زمینه تولید مواد اولیه دارویی است.

#### شش) شاخص نسبت صادرات به ارزش مصرفی در تولید داخلی دارو

پس از اولین صادرات دارو در سال ۱۳۶۹ با ارزش ۸۵۰ هزار دلار، میزان صادرات دارو در سال‌های ۱۳۷۴ و ۱۳۷۶ به ترتیب به حدود ۷۷۵ و ۲۰۰۰ هزار دلار بالغ گردید. این میزان در سال ۱۳۷۶ تنها حدود یک درصد از کل ارزش مصرفی صنعت دارو برای تولید بوده است.

جدول ۴ ظرفیت‌های نیروی انسانی و فیزیکی در بخش دارو و تولید و مصرف دارو

شاخص				سال
۱۳۷۹	۱۳۷۸	۱۳۷۶	۱۳۷۴	
۶۳,۷۰۵	۶۲,۸۱۷	۶۰,۹۹۴	۵۹,۲۹۵	جمعیت (هزار نفر)
۹,۵۹۲	۹,۲۸۱	۷۹۱۰	۶,۲۲۴	تعداد دکتر داروساز
۶/۶۴۱	۶/۷۶۸	۷/۷۱۱	۹/۵۲۷	نسبت جمعیت به دکتر داروساز
	۵,۲۳۴	۴,۴۷۶	۳,۹۵۴	داروخانه‌های دارای مجوز خصوصی
	۵,۲۵۲	۵,۱۳۱	۴,۷۸۵	داروخانه‌های مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی
	۱۰,۴۸۶	۹,۶۰۷	۸,۷۳۹	جمع
	۵/۹۹۰	۶/۳۳۹	۶/۷۸۵	نسبت جمعیت به داروخانه
۱۸,۶۹۳/۰۴	۱۶,۷۰۹/۱۷	۱۶,۱۳۰/۲۸	۱۳,۵۵۶/۵۷	کل مصرف عددی دارو (میلیون عدد)
۳,۳۶۶/۳۴	۲,۵۴۷/۷۰	۱,۳۷۲/۹	۸۹۴/۸۷	کل مصرف ریالی دارو (میلیارد ریال)
۲۹۳/۴۳	۲۶۶	۲۶۴/۴۶	۲۲۸/۶	سرانه مصرف عددی
۵۲/۸۴۲/۶	۴۰,۵۵۷/۵	۲۲,۵۰۸/۸	۱۵,۰۹۱/۸	سرانه مصرفی ریالی
۱۷,۹۷۹/۱۶	۱۶,۱۵۲/۳۷	۱۵,۵۵۳/۳۲	۱۳,۱۲۹/۹۸	داروهای تولید داخل (میلیون عدد)
۷۱۳/۸۸	۵۵۶/۸۰	۵۷۶/۹۶	۴۲۶/۵۹	داروهای وارداتی (میلیون عدد)
۹۶/۱۸	۹۶/۷	۹۶/۴	۹۶/۸۵	نسبت داروی تولید داخل به کل داروی مصرفی (درصد)
۳/۸۲	۳/۳	۳/۶	۳/۱۵	نسبت داروی وارداتی به کل داروی مصرفی (درصد)
۵۲۴	۵۱۲	۳۲۸	۵۱۰	کل ارزش مصرفی دارو (میلیون دلار)
۲۸۱	۳۲۱	۲۰۲	۳۱۳	ارزش مصرفی در صنعت دارو (میلیون دلار)
۲۴۳	۱۹۱	۱۲۶	۱۹۷	ارزش مصرفی برای واردات دارو (میلیون دلار)
۵۳/۶۳	۶۲/۷	۶۱/۵۹	۶۱/۳۷	نسبت ارزش مصرفی در صنعت دارو به کل ارزش دارو (درصد)
۴۶/۳۷	۳۷/۳	۳۸/۴۱	۳۸/۶۳	نسبت ارزش مصرفی برای واردات دارو به کل ارزش دارو (درصد)

مأخذ: گزارش‌های معاونت دارویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مستندات برنامه سوم.

توانایی نداشتن شرکت‌های داخلی در رقابت با شرکت‌های بین‌المللی در کیفیت تولید دارو و امکانات تحقیق و توسعه و نبود انگیزه و امکانات بازرگانی خارجی در شرکت‌های تولیدکننده داخلی از اهم دلایل رکود فعالیت‌های صادرات دارو در کشور است. باید توجه

داشت که بازسازی صنعت دارویی و استفاده از تکنولوژی جدید در ساخت دارو و بسته‌بندی‌ها و ارائه کارنامه معتبر از فعالیت‌های تحقیق و توسعه در کارخانجات دارویی از شرایط اولیه برای فراهم کردن امکانات صادرات دارو است. در حال حاضر محدودیت سرمایه‌گذاری در صنعت داروسازی کشور از عوامل بازدارنده در توسعه امکانات تولید و صادرات در رقابت با عرضه کنندگان بین‌المللی دارو محسوب می‌شود.

از نکات دارای اهمیت در توسعه بخش دارویی کشور مقابله با شرایطی است که موجب بروز کمبودهای مقطعی در دسترسی به دارو و بروز نابسامانی در اقتصاد دارویی کشور می‌گردد. در حال حاضر، نوسانات در ارزش تخصیصی به بخش دارویی به خصوص در سال‌های کاهش درآمد ارزی کشور، اتکای صنعت داروسازی کشور پس از خصوصی‌سازی به برنامه‌ریزی متمرکز تولید، عدم برقراری نظام مشخص در قیمتگذاری دارو، فرهنگ ناصحیح تجویز و مصرف دارو، کمبود نقدینگی و مشکلات اقتصادی شرکت‌های تولیدکننده دارو و عدم ایجاد شرایط لازم برای گسترش سرمایه‌گذاری‌ها و ورود فن‌آوری جدید در صنعت دارو از عوامل بسیار مهم در کارکرد نامطلوب این صنعت و تأثیرات آن بر تولید دارو طی یک دوره چند ساله محسوب می‌شود. نبود منابع مالی و انسانی کافی در فعالیت‌های تحقیق و توسعه و تداوم طرح ژنریک دارویی با حذف نام‌های تجاری با شرایط دوران اولیه و شروع آن (طی سال‌های ۱۳۶۲-۱۳۵۹)، چشم انداز آینده صنعت دارویی کشور را در مقایسه با تحولات این صنعت در سطح جهانی بسیار نامناسب نشان می‌دهد. کنترل و نظارت بر کیفیت داروها و سلامتی غذا نیز از دیگر مشکلاتی است که در این بخش مشاهده می‌شود. باید توجه داشت که در شرایط فعلی کیفیت داروهای تولید داخل در معرض تهدید دائمی قرار دارد و تضمین سلامت غذا به دلیل نداشتن تمرکز در کنترل‌ها و نظارت به وسیله یک سازمان مسئول عملاً بجز با اقدامات موردی و اعمال استانداردها به طور محدود امکان‌پذیر نیست. ایجاد سازمان غذا و دارو علی‌رغم تصریح و توصیه آن در گزارش‌های شورای برنامه‌ریزی بخش بهداشت و درمان در برنامه سوم، هنوز عملی نگردیده است. این در شرایطی است که نظارت و برقراری استانداردها بر مجموعه صنایع غذایی، دامی و کشاورزی کشور و در کلیه مراحل فرآوری مواد غذایی از ضرورت‌های شناخته شده در تمامی کشورهای پیشرفته در امور بهداشت و درمان محسوب می‌گردد.

### د) بیمه درمانی

مهم‌ترین وظیفه تصریح شده در قانون بیمه همگانی، تأمین پوشش کامل جمعیت و تخصیص منابع مالی لازم برای بیمه همگانی خدمات درمانی بوده است. این قانون تلاش کرده تا با تشکیل شورای عالی بیمه، هماهنگی و وحدت رویه را بین سازمان‌های بیمه‌گر به وجود آورد. ارتقای سطح تصمیم‌گیری‌های کلان به هیأت وزیران در خصوص اصلاح تعرفه‌ها و سطح خدمات قابل ارائه از دیگر نکات حائز اهمیت در این قانون محسوب می‌شود. انتزاع وظایف بیمه‌گری از وزارت بهداشت به یک سازمان مستقل (سازمان بیمه خدمات درمانی) و شفاف کردن اعتبارات بیمه درمانی با تشکیل سازمان یاد شده از دیگر موضوعات حائز اهمیت در قانون مزبور است. اما مهم‌ترین نکته‌ای که در قانون به آن اشاره شده، گسترش بیمه به دو گروه خویش‌فرمایان و روستاییان است. این دو گروه علی‌رغم وجود سازوکارهایی در گذشته در قانون تأمین اجتماعی، به دلیل استقلالشان از نظام مزد و حقوق‌بگیری فاقد امکان دستیابی به بیمه‌های درمانی بوده‌اند.

مشکلاتی که در این قانون وجود دارد عبارتند از:

۱. در قانون، عضویت در نظام بیمه درمانی کشور برای جمعیت هدف به صورت اختیاری تعیین شده است. این موضوع بدون توجه به لزوم اجباری بودن بیمه‌های اجتماعی که بیمه‌های درمانی بخشی از آن محسوب می‌شود، مورد تأکید قرار گرفته است. در بیمه‌های اختیاری به صورت انفرادی یا گروهی، اختیار برای سازمان بیمه‌گر در گزینش متقاضیان بیمه درمانی، تعیین سطح خدمات متناسب با پرداخت‌های بیمه شده و توافق بیمه‌گر و متقاضی بیمه ضروری است، که این موضوع به هیچ وجه مورد نظر قانون نبوده است.
۲. در بیمه اختیاری به طور معمول گروهی که در شرایط بیماری قرار دارند متقاضی بیمه شدن هستند. در حالی که این موضوع مانع از اصل توزیع مخاطرات برای سازمان بیمه‌گر است و به طور مشهود موجب زیاندهی سازمان بیمه‌گر می‌گردد. در این صورت یا باید دولت زیان مربوط به بیمه‌ها را از پیش جبران می‌کرد یا سازمان‌های بیمه‌گر برخلاف عرف معمول در بیمه، برای کاهش زیان، نرخ حق بیمه را برای بیمه‌شدگان اختیاری براساس هزینه خدمات (و نه درآمد افراد) تعیین می‌کردند. وقوع حالت دوم از بعد از سال ۱۳۷۷ به روشنی موجب محدود ماندن سطح بیمه اختیاری برای خویش‌فرمایان و محدود ماندن سطح خدمات بیمه‌ای برای روستاییان گردید. باید توجه داشت که در نظام بیمه‌های اجتماعی، بیمه



درمانی از درآمد حاصل از صاحبان درآمدهای بالا برای صاحبان درآمدهای پایین هزینه می‌کند، از درآمد حاصل از بیمه‌شدگان سالم و غیربیمار برای بیمه‌شدگان بیمار هزینه می‌کند و از درآمد حاصل از خانواده‌های کم جمعیت، برای بیمه درمان خانواده‌های پرجمعیت هزینه می‌کند. در شرایط بیمه‌های اختیاری و تعیین حق بیمه بر مبنای هزینه خدمات، به جای حق بیمه بر مبنای درآمد، امکان فعالیت سازمان بیمه خدمات درمانی در چارچوب نظام بیمه‌های اجتماعی از ابتدا غیر عملی گردید.

۳. در قانون بیمه‌های درمانی همگانی، تناسب تعرفه‌های تشخیصی - درمانی با قیمت تمام شده خدمات مورد تأکید قرار گرفت، حال آن‌که بدون پیش‌بینی سازوکار مناسب و لزوم تعهد دولت در پرداخت هزینه‌های متناسب با قیمت تمام شده خدمات، امکان اجرای برنامه مربوط به اصلاح تعرفه‌ها در حد مطلوب هیچ‌گاه میسر نبوده است.

۴. مهم‌ترین ضعف قانون، ناکارآمدی آن در پوشش فراگیر و مستمر نیمی از جمعیت کشور یعنی خویش‌فرمایان و روستاییان است که تا زمان حاضر نیز تدبیری برای آن اندیشیده نشده است. سایر گروه‌ها شامل بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی و کارکنان دولت تحت پوشش بیمه‌های درمانی قرار داشتند و اساساً هدف قانون با تصریح کردن در بیمه همگانی درمانی، ایجاد پوشش مناسب برای جمعیت خویش‌فرمایان و روستاییان بوده است. در این مورد فقط با پوشش جمعیت روستاییان در نظام بیمه درمان از طریق شیوه‌های حمایتی نه بیمه‌ای و برای سطح محدودی از خدمات (شامل تنها خدمات درمان بستری) اقدام شده است. این نوع پوشش عملاً فاقد شرایط اولیه برای بیمه‌های درمانی با پرداخت حق بیمه و مشارکت بیمه شده متناسب با سطح درآمدی او است.

شاخص‌های عملکردی در پوشش بیمه درمانی خویش‌فرمایان و روستاییان به شرح جدول شماره ۵ است. به طوری که در این جدول ملاحظه می‌گردد، روند پوشش بیمه خدمات درمانی برای روستاییان، تا حد نزدیک به پوشش کامل افزایش یافته است. البته نحوه پوشش به دلیل حمایتی یا غیربیمه‌ای بودن آن و محدودیت در سطح خدمات قابل ارائه (تنها شامل خدمات درمان بستری) هیچ‌گاه رضایت‌بخش نبوده است. هنوز نیز پیدا کردن سازوکار مشخصی برای تأمین مشارکت روستاییان در پرداخت حق سرانه بیمه درمانی امکان‌پذیر نگردیده و به طور غیر منطبق با شیوه‌های بیمه‌گری، سهم مربوط به مشارکت بیمه‌شدگان روستایی با پرداخت بخش قابل ملاحظه‌ای از هزینه درمان (یا فرانشیز حدود ۲۵

درصد) در زمان دریافت خدمات درمان بستری تأمین می‌گردد.

جدول شماره ۵ همچنین تعداد جمعیت مشمول بیمه درمان خویش فرمایان را علی‌رغم دشواری در نحوه محاسبه آن نشان می‌دهد. برآوردهای ارائه شده برای این گروه در جدول شماره ۵ با احتیاط بسیار، حداقل جمعیت در این گروه را نشان می‌دهد. به طور مثال بخشی از جمعیت مزد و حقوق بگیر شهری که در بخش خصوصی قرار داشته و خارج از پوشش سازمان تأمین اجتماعی باقی مانده‌اند، به دلیل نداشتن دسترسی به آمار آنان در کل جمعیت بالقوه برای پوشش منظور نگردیده‌اند. با وجود این مشاهده می‌شود که عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی برای پوشش جمعیت یاد شده بسیار محدود و در سال ۱۳۷۸ از حدود ۴/۳۲ درصد فراتر نرفته است. افزایش این نسبت در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ به علت امکان خاص فراهم آمده در آن سال‌ها بوده است که افراد را مجاز به بیمه شدن (برای دوره یک ساله) روی تخت بیمارستان می‌کرد. با منظور کردن گروه دیگری از جمعیت که شامل بیکاران جویای کار است، جمعیت بیمه شده شامل کلیه بیمه شدگان خویش فرما به وسیله سازمان بیمه خدمات درمانی و سایر اقشار بیمه شده به خصوص نیازمندان و مددجویان کمیته امداد امام خمینی گردیده است. گروه بیمه شدگان سایر اقشار و مددجویان کمیته امداد امام خمینی تماماً تحت پوشش نظام حمایتی قرار دارند. براساس درصدهای پوشش نشان داده شده برای این گروه، به روشنی می‌توان ملاحظه کرد که تفاوت چندانی بین جمعیت خارج از پوشش بیمه در گروه خویش فرمایان شاغل و در گروه مجموع خویش فرمایان شاغل و بیکار مشاهده نمی‌شود. براساس برآوردهای جدول ۵ در سال ۱۳۷۸ حداقل حدود ۱۱,۴۰۰,۰۰۰ نفر از گروه خویش فرمایان و کارکنان مستقل در خارج از پوشش بیمه درمانی قرار دارند.

به طور کلی به نظر می‌رسد امکانات اجرایی و مقرراتی در اختیار نظام بیمه درمانی هماهنگی مناسب را با طرح همگانی بودن بیمه درمانی نداشته است. برای تحقق هدف پوشش همگانی، ایجاد سازوکارهای مناسب برای زمینه سازی در مشارکت بیمه شوندگان از طریق پرداخت حق بیمه ضروری بود. نادیده گرفتن الزامات مقرراتی یک نظام منطقی بیمه‌ای برای پوشش بیمه‌ای روستاییان و خویش فرمایان، امکان اتکای صندوق‌های بیمه به حق بیمه‌ها و مشارکت بیمه شدگان را از بین برد. غیراختیاری کردن بیمه‌های درمانی مطابق با روش و مقررات مربوط به بیمه‌های اجتماعی و آشنا کردن مردم با فرهنگ بیمه‌ای از طریق

ارائه خدمات مطلوب‌تر از پیش به آنان (و با تأکید بر رفع نیازهای اولیه آنان که همواره مقدم بر آینده‌نگری در خصوص بیمه درمانی است) و ایجاد سازوکار لازم برای دریافت حق بیمه بر مبنای درآمدها که برای روستاییان و خویش‌فرمایان الزاماً با مشارکت بیشتر دولت ضرورت دارد و این که امکان آن هست که از طریق اصلاحاتی در قوانین فعلی (و از جمله قانون کار) بیمه درمانی را اجباری کرد، مجموعاً تصمیماتی است که می‌تواند برای رفع نقایص بیمه‌های درمانی برای دو گروه خویش‌فرمایان و روستاییان مؤثر باشد.

### ه) آموزش پزشکی

آموزش پزشکی پس از جدا شدنش از وزارت فرهنگ و آموزش عالی (علوم، تحقیقات و فن‌آوری) و ادغام به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴، آخرین مرحله ادغام در وزارت اخیر را در سال ۱۳۷۲ با ایجاد دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پشت سرگذارد.

در این مرحله از ادغام تمامی مراکز بهداشتی درمانی به‌عنوان حوزه‌های آموزشی (یا مراکز آموزشی) تلقی گردیدند و مراکز بهداشتی درمانی نیز امکان بهره‌گیری از امکانات و برنامه‌های آموزشی را برای ارتقای کیفیت خدمات حاصل کردند. ایجاد گرایش‌های آموزش پزشکی جامعه‌نگر نیز از دیگر اهداف و انتظارات ناشی از این ادغام برای توسعه کیفی آموزش پزشکی در پاسخ به نیازهای جامعه محسوب می‌گردید. بدون تردید با تحولات به وجود آمده، علی‌رغم کاستی‌ها در ادغام آموزش گروه پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، در حال حاضر نمی‌توان به هیچ وجه این دورا از یکدیگر یا از درمان بستری و تخصصی قابل تفکیک دانست یا با تفکیک آن‌ها، امکان آسیب رسیدن به روند فعلی آموزش و بهداشت و درمان را از نظر دور داشت.

در ارزیابی گسترش آموزش پزشکی این نکته شایان ذکر است که تعداد دانشجویان در گروه بهداشت و پزشکی در دانشگاه‌های دولتی در دوره ۱۳۷۴-۱۳۶۵ با متوسط رشد سالانه حدود ۱۱/۸ درصد از ۳۲,۸۵۰ نفر به ۸۹,۴۸۵ نفر افزایش یافته و تعداد فارغ‌التحصیلان نیز از حدود ۱۰,۵۷۳ نفر در سال ۱۳۶۹ به حدود ۲۰,۴۲۷ نفر در سال ۱۳۷۴ افزایش داشته است. در دوره ۱۳۷۸-۱۳۷۴ نیز متوسط رشد سالانه دانشجویان و فارغ‌التحصیلان به ترتیب حدود ۵/۷۵ درصد و ۳/۲ درصد بوده است. جدول شماره ۶ نشان‌دهنده وضعیت ظرفیت پذیرش،

جدول ۵ روند پوشش بیمه‌ای روستاییان و خویش‌فرمایان شهری در سال‌های ۱۳۷۴-۱۳۷۸

سال	روستاییان		خویش‌فرمایان				
	کل جمعیت <sup>(۱)</sup>	بیمه‌شده <sup>(۲)</sup>	درصد پوشش	کل جمعیت شاغل <sup>(۳)</sup>	جمعیت بیمه‌شده	درصد پوشش	جمعیت بیمه‌شده در درصد پوشش
۱۳۷۴	۲۳,۱۴۷,۰۰۰	۱,۷۴۱,۰۰۰	۷/۵۲	۱۱,۴۸۵,۰۰۰	۱۹۷,۵۸۱	۱/۷۲	۲,۸۲۳,۵۷۰
۱۳۷۵	۲۳,۰۲۶,۲۹۳	۳,۰۶۴,۵۰۰	۱۳/۳۱	۱۱,۷۴۴,۰۰۰	۸۹۹,۵۳۳	۷/۶۶	۳,۷۲۳,۰۱۰
۱۳۷۶	۲۲,۹۰۴,۰۰۰	۱۸,۹۳۳,۵۱۶	۸۲/۶۱	۱۱,۸۰۶,۰۰۰	۱,۰۰۸,۱۳۹	۸/۵۴	۳,۵۱۹,۷۰۰
۱۳۷۷	۲۲,۸۸۶,۶۰۰	۲۰,۸۳۰,۶۶۰	۹۱/۰۲	۱۱,۹۳۵,۰۰۰	۶۷۶,۴۰۸	۵/۶۷	۳,۷۲۳,۶۸۸
۱۳۷۸	۲۲,۶۶۸,۰۰۰	۲۲,۱۲۷,۹۴۸	۹۷/۶۲	۱۲,۳۰۴,۰۰۰	۵۳۱,۳۸۸	۴/۳۲	۳,۹۰۴,۷۵۷

## توضیح

۱. کل جمعیت روستایی در سال ۱۳۷۵ براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن بالغ بر ۲۳,۰۲۶,۲۹۳ نفر بوده که در مقایسه با سرشماری سال ۱۳۷۰، نرخ کاهنده سالانه حدود ۲,۵۸۲ درصد داشته است. با استفاده از این نرخ جمعیت روستایی کشور در سال‌های ۱۳۷۴-۱۳۷۸ براساس آمارهای منتشر شده به وسیله سازمان بیمه خدمات درمانی نشان داده شده است.
۲. جمعیت بیمه شده روستایی در سال‌های ۱۳۷۶-۱۳۷۸ براساس آمارهای منتشر شده به وسیله سازمان بیمه خدمات درمانی نشان داده شده است. در این سال‌ها از منظور کردن بیمه شدگان روستایی تحت پوشش کمیته امداد امام به دلیل پوشش بیمه همزمان آنان با پوشش بیمه‌ای روستاییان تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی خودداری گردید. در دو سال ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ جمعیت بیمه شده روستایی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی به روستاییان تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی اضافه گردید.
۳. تعداد کل خویش‌فرمایان از جمعیت شاغل در مناطق شهری براساس سرشماری عمومی سال ۱۳۷۵ بالغ بر ۲۹۲۰ هزار نفر می‌گردید. با در نظر داشتن متوسط نرخ رشد ۲/۵ درصدی اشتغال براساس گزارش‌ها سال‌های ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷ بانک مرکزی و استفاده از این حداقل نرخ رشد در بقیه سال‌ها، تعداد خویش‌فرمایان در دوره ۱۳۷۴-۱۳۷۸ محاسبه و سپس برای جلوگیری از احتساب مضاعف خویش‌فرمایان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی از آن کسر گردید. بر این اساس تعداد خویش‌فرمایان در دوره مذکور به ترتیب حدود ۲,۵۸۱,۰۰۰، ۲,۶۳۹,۰۰۰، ۲,۶۸۲,۰۰۰ و ۲,۷۶۵,۰۰۰ نفر تعیین گردید. در مرحله بعد با رعایت احتیاط براساس بعد خانوار ۴/۴۵ (کم‌تر از بعد خانوار ۴/۸۸ در سرشماری سال ۱۳۷۰ و کم‌تر از بعد خانوار ۴/۶۳ در سرشماری سال ۱۳۷۵) کل جمعیت مشمول بیمه خویش‌فرمایان محاسبه گردید. این محاسبه به دلیل منظور نداشتن آمار مزد و حقوق بگیران غیرمشمول تأمین اجتماعی کم‌تر از آمار جمعیتی است که باید بالقوه زیر پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی قرار داشته باشد.
۴. کل جمعیت خویش‌فرمایان از جمعیت شاغل و بیکار شامل جمعیت بند ۳ قبلی به اضافه جمعیت بیکار (جویای کار) است. براساس آمار سرشماری عمومی در سال ۱۳۷۵ تعداد جمعیت بیکار جویای کار در مناطق شهری بالغ بر ۸۵۵,۰۰۰ نفر اعلام گردید. در همین سال تعداد افراد تحت پوشش بیمه بیکاری بالغ بر ۶۵ هزار نفر بوده است. بنابراین کل جمعیت بیکار که از پوشش بیمه درمانی محروم می‌مانند بالغ بر ۷۹۰,۰۰۰ نفر در سال ۱۳۷۵ است. بعد خانوار برای این جمعیت معادل ۳/۸ (برابر با نسبت کل جمعیت شهری به جمعیت فعال شهری) در نظر گرفته شده و تعداد جمعیت بیکار به دلیل تغییرات محدود و نامشخص آن طی دوره مورد نظر، در تمامی سال‌ها ثابت فرض شده است.
۵. برای محاسبه جمعیت بیمه شده از گروه خویش‌فرمایان و سایر اقشار در جامعه شهری، کلیه بیمه‌شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی در گروه خویش‌فرمایان (درازای حرف و مشاغل آزاد) و سایر اقشار به اضافه جمعیت بیمه شده شهری کمیته امداد امام خمینی منظور گردید. درصد نامشخصی از بیمه‌شدگان شهری کمیته امداد امام تحت پوشش بیمه‌ای همزمان در این نهاد سازمان بیمه خدمات درمانی هستند.

تعداد دانشجویان، فارغ التحصیلان و اعضای هیأت علمی در گروه پزشکی در سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۷۴ است.

به طوری که در جدول شماره ۶ ملاحظه می‌گردد نسبت تعداد دانشجویان در گروه پزشکی در مجموع مؤسسات دولتی غیروابسته و غیردولتی (غیرانتفاعی) به کل دانشجویان در این گروه، در سال ۱۳۷۴ حدود ۲۷/۴ درصد و در سال ۱۳۷۷ حدود ۲۴/۵ درصد بوده است که نشان‌دهنده سهم قابل ملاحظه مؤسسات یاد شده در آموزش گروه بهداشت و پزشکی است. همچنین با توجه به جدول شماره ۶ ملاحظه می‌شود که پذیرش دانشجو در بخش دولتی وابسته برای نخستین بار طی یک دوره طولانی، از سال ۱۳۷۷ روند نزولی داشته است. جدول شماره ۷ نشان‌دهنده تعداد دانشجویان در سطوح مختلف آموزشی در تعدادی از سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۷۸ است. براساس اطلاعات این جدول، تعداد دانشجویان دوره‌های کاردانی با متوسط رشد سالانه حدود ۱۰/۷ درصد طی دوره یاد شده، بیش‌ترین نرخ رشد را داشته و پس از آن تعداد دانشجویان دوره کارشناسی با متوسط رشد سالانه ۵/۸ درصد در دوره مذکور قرار دارد. تعداد دانشجویان در دوره‌های دکتری حرفه‌ای و تخصصی و Ph.D از سال ۱۳۷۶ به بعد روند کاهشی داشته است.

همچنین براساس جدول شماره ۶ ملاحظه می‌شود که تعداد اعضای هیأت علمی در گروه پزشکی در دانشگاه‌های دولتی وابسته، طی دوره ۱۳۷۸-۱۳۷۴ از ۸۷۷۶ نفر به حدود ۱۰،۰۰۰ نفر افزایش یافته است. نسبت این گروه از اعضای هیأت علمی به مجموع اعضای هیأت علمی در دانشگاه‌های دولتی در سال ۱۳۷۴ حدود ۳۳/۲۵ درصد و در سال ۱۳۷۸ حدود ۳۵/۴ درصد بوده است. موضوع شایان ذکر دیگر این‌که در سال ۱۳۶۴ آموزش عالی در گروه پزشکی در مجموع در ۱۴ مرکز دانشگاهی دولتی (۱۲ دانشکده و مرکز پزشکی ایران و مجتمع آموزش پزشکی) صورت می‌پذیرفت. با استقلال مالی و اداری دانشگاه‌های علوم پزشکی از سال ۱۳۶۶، آموزش عالی در گروه پزشکی در تهران (شامل ۳ دانشگاه) و مراکز ۱۲ استان کشور در بخش دولتی متمرکز شده است. در سال ۱۳۶۷ این تعداد به ۲۲ دانشگاه و ۲ دانشکده مستقل و در سال ۱۳۷۴ به ۳۱ دانشگاه و ۷ دانشکده مستقل افزایش یافته است. روند یاد شده پس از سال ۱۳۷۶ (با ۳۲ دانشگاه و ۶ دانشکده مستقل) تثبیت گردید. به این ترتیب ملاحظه می‌گردد سیاست‌های گسترش آموزش گروه پزشکی از سال ۱۳۷۶ به بعد در اجرا گرایش به تغییر روند رشد سریع کمی در گذشته، داشته است که این ناشی از الزامات این

سال‌ها در پاسخ‌گویی به مشکل اشتغال فارغ‌التحصیلان بوده است.

### یک) روند متغیرها و شاخص‌های اصلی

روند متغیرها و شاخص‌های اصلی در بخش آموزش عالی به طور کلی و آموزش عالی در گروه پزشکی در جدول شماره ۸ نشان داده شده است. براساس اطلاعات نشان داده شده در این جدول، نسبت کل دانشجویان به جمعیت کشور از ۸/۲۴ درصد در سال ۱۳۶۸ به ۲۲/۳۵ درصد در سال ۱۳۷۸ افزایش یافته که نشان‌دهنده رشد سریع کمی با متوسط نرخ سالانه ۶/۰۴ درصد است. طی این دوره نسبت دانشجویان در گروه پزشکی به کل دانشجویان از ۱۸/۱ درصد به ۱۰/۶۵ درصد کاهش یافته است که این عمدتاً به دلیل ساده‌تر و کم هزینه‌تر بودن توسعه آموزش عالی در گروه‌های غیرپزشکی و به خصوص ساده‌تر بودن گسترش آموزش عالی در گروه‌های علوم انسانی و اجتماعی بوده است. از سوی دیگر نسبت بالای پذیرش دانشجو به کل دانشجویان در آموزش عالی دولتی در سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۷۲ نشان‌دهنده توسعه کمی سریع آموزش عالی دولتی طی دوره یاد شده است. در این سال‌ها نسبت یاد شده برای پذیرش دانشجو در گروه پزشکی به صورت محدود رشد داشته است. در سال‌های ۱۳۷۴-۱۳۷۸ نسبت پذیرش برای کل دانشجویان تقریباً ثابت بوده، اما در مورد دانشجویان گروه پزشکی تا سال ۱۳۷۶ همچنان افزایشی بوده است. نسبت پذیرش برای دانشجویان گروه پزشکی از این سال به بعد روند نزولی یافته است.

روند نسبت دانشجو به اعضای هیأت علمی در بخش دولتی طی سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۷۴ تقریباً ثابت باقی مانده و از این سال به بعد روند افزایشی داشته است. بالا رفتن این نسبت نشان‌دهنده کاهش دسترسی دانشجو به استاد بوده که از نظر کیفیت آموزش حائز اهمیت است. این نسبت در آموزش گروه پزشکی طی دوره ۱۳۶۸-۱۳۷۴ بهبود قابل ملاحظه داشته و پس از آن تقریباً ثابت مانده است. نسبت‌های اعتباری نیز نشان‌دهنده محدودیت سهم آموزش عالی به طور کلی و آموزش عالی در گروه پزشکی از مجموع اعتبارات بودجه عمومی دولت است. روند این سهم برای آموزش عالی طی سال‌های ۱۳۷۲ به بعد کاهشی بوده و سهم آموزش گروه پزشکی از مجموع اعتبارات آموزش عالی پس از روند کاهشی در دوره ۱۳۷۶-۱۳۷۲ در سال ۱۳۷۸ بهبود نسبی حاصل کرده است. شاخص هزینه‌های سرانه در آموزش از جمله شاخص‌هایی است که می‌تواند در ارزیابی روند کیفی آموزش مهم باشد

جدول ۶ پذیرش، تعداد دانشجویان فارغ التحصیل و هیأت علمی در آموزش گروه پزشکی در بخش های دولتی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی و در سایر بخش های دولتی غیر وابسته و غیر دولتی

عنوان	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷	۱۳۷۸
ظرفیت پذیرش (دولتی - وابسته)	۲۱,۵۰۸	۲۵,۳۳۰	۲۶,۴۹۲	۲۵,۲۰۲	۲۴,۰۱۲
تعداد دانشجویان (دولتی - وابسته)	۸۹,۳۸۵	۹۹,۶۶۶	۱۰۰,۶۴۶	۱۰۷,۸۰۴	۱۱۱,۹۱۲
تعداد فارغ التحصیلان (دولتی - وابسته)	۲۰,۴۲۷	۲۱,۵۴۱	۲۱,۲۴۲	۲۲,۰۹۰	۲۳,۱۶۷
تعداد اعضای هیأت علمی (دولتی - وابسته)	۸,۷۷۶	۸,۸۱۶	۸,۷۲۸	۹,۷۸۳	۱۰,۰۰۰
تعداد دانشجویان (دولتی - غیر وابسته)	۳,۱۸۲	۳,۹۵۸	۴,۲۰۱	۴,۲۶۸	۳۱,۰۴۸
تعداد دانشجویان (دانشگاه آزاد)	۳۰,۱۲۴	۳۰,۷۵۴	۲۸,۵۵۳	۲۹,۷۷۲	۲۹,۷۷۲
تعداد دانشجویان (دانشگاه فاطمیه قم)	۴۳۰	۴۹۰	۶۳۸	۹۳۲	۱۰۵۶

مأخذ: گزارش های معاونت آموزشی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جدول ۷ تعداد دانشجویان گروه پزشکی در سطوح مختلف آموزشی در دانشگاه های دولتی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی

عنوان	۱۳۶۹-۱۳۶۸	۱۳۷۳-۱۳۷۲	۱۳۷۷-۱۳۷۶	۱۳۷۹-۱۳۷۸
دانشجویان دوره کاردانی	۱۱,۳۲۹	۱۹,۹۰۰	۲۰,۲۳۸	۳۱,۳۵۸
دانشجویان دوره کارشناسی	۱۹,۷۴۳	۲۹,۰۸۷	۲۳,۸۶۶	۳۴,۶۸۷
دانشجویان دوره کارشناسی ارشد	۱,۲۳۴	۲,۶۸۸	۲,۱۴۹	۲,۰۶۴
دانشجویان دکترای حرفه ای	۳۵,۶۷۸	۴۰,۹۹۰	۴۰,۰۶۰	۳۷,۱۸۰
دستیاران در دوره های Ph.D	۲,۸۴۹	۵,۷۰۲	۷,۷۷۱	۶,۶۲۰
تخصصی و فوق تخصصی				

مأخذ: گزارش های معاونت آموزشی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جدول ۸ اطلاعات مربوط به شاخص های آموزش عالی

عنوان	۱۳۶۸	۱۳۷۲	۱۳۷۴	۱۳۷۶	۱۳۷۸
جمعیت (هزار نفر)	۵۳,۶۲۰	۵۷,۶۷۳	۵۹,۲۹۵	۶۰,۹۹۴	۶۲,۸۱۷
تعداد کل دانشجویان <sup>۱</sup>	۴۴۲,۱۱۱	۸۲۳,۰۶۶	۱,۰۴۸,۰۱۳	۱,۲۸۴,۶۶۸	۱,۴۰۴,۱۸۰
تعداد دانشجویان در گروه پزشکی <sup>۱</sup>	۷۹,۹۴۰	۱۱۸,۱۱۴	۱۲۲,۷۹۱	۱۳۳,۲۱۸	۱۴۹,۴۸۵
تعداد دانشجویان در مراکز آموزشی بخش عمومی (دولتی و غیر دولتی) <sup>۲</sup>	۲۸۱,۳۸۸	۴۳۶,۵۶۴	۵۲۶,۶۲۱	۶۲۵,۳۸۰	۶۷۸,۶۵۲
تعداد کل دانشجویان در گروه پزشکی در بخش عمومی <sup>۲</sup>	۷۰,۹۶۰	۹۸,۴۴۰	۹۲,۶۵۷	۱۰۴,۶۶۵	۱۱۵,۱۶۰
تعداد کل پذیرش دانشجویان <sup>۲</sup>	۹۴,۱۰۰	۱۲۱,۰۲۴	۱۲۹,۶۶۳	۱۵۴,۱۰۱	۱۶۳,۲۸۴
تعداد پذیرش در گروه پزشکی <sup>۲</sup>	۱۳,۴۳۹	۱۹,۳۳۵	۲۱,۵۰۸	۲۷,۹۲۵	۲۴,۰۱۲
تعداد کل اعضای هیأت علمی <sup>۲</sup>	۱۴,۳۰۰	۲۳,۶۲۸	۲۶,۳۹۳	۲۸,۷۰۵	۲۸,۲۵۱

## ادامه جدول ۸

عنوان	۱۳۶۸	۱۳۷۲	۱۳۷۴	۱۳۷۶	۱۳۷۸
تعداد هیأت علمی در گروه پزشکی <sup>۱</sup>	۴,۱۳۰	۸,۱۲۵	۸,۷۷۶	۸,۷۲۸	۱۰,۰۰۰
کل اعتبارات در بودجه عمومی (میلیون ریال)	۴۳۱/۶۷۰	۲۰/۸۸۶/۹۰۰	۴۱/۳۳۰/۹۰۰	۶۵/۴۳۷/۰۰۰	۹۳/۱۶۰/۸۰۰
کل اعتبارات در آموزش عالی (میلیون ریال) <sup>۲</sup>	۱۳۲,۸۲۰	۸۵۲,۸۰۰	۱/۶۹۴/۵۰۰	۲/۴۷۲/۱۰۰	۲,۹۹۰/۲۰۰
اعتبارات آموزش پزشکی (میلیون ریال) <sup>۳</sup>	۲۷,۸۵۸	۲۷۰,۵۳۳	۵۰۶,۸۱۳	۶۶۵,۹۷۷	۹۱۲,۴۷۳
نسبت کل دانشجویان به جمعیت (۱۰۰۰ نفر)	۸/۲۴۵	۱۴/۲۷	۱۷/۶۷	۲۱/۰۶	۲۲/۳۵
نسبت دانشجو در گروه پزشکی به کل دانشجویان (درصد)	۱۸/۱	۱۴/۳۵	۱۱/۷۲	۱۰/۳۷	۱۰/۶۵
نسبت پذیرش دانشجو به کل دانشجویان <sup>۴</sup> (سهم - درصد)	۳۳/۴۴	۲۷/۸۳	۲۴/۶۳	۲۴/۶۴	۲۴/۰۶
نسبت پذیرش دانشجو در گروه پزشکی به کل دانشجویان گروه پزشکی <sup>۵</sup> (سهم - درصد)	۱۸/۹۲	۱۹/۶۲	۲۳/۲	۲۶/۷	۲۰/۸۵
نسبت دانشجو به هیأت علمی <sup>۵</sup>	۱۹/۶۸	۱۸/۴۶	۱۹/۹۵	۲۱/۷۹	۲۴/۰۲
نسبت دانشجو به هیأت علمی در گروه پزشکی <sup>۵</sup>	۱۷/۱۸	۱۲/۱۲	۱۰/۵۸	۱۱/۹۹	۱۱/۵۲
نسبت اعتبارات آموزش عالی به کل اعتبارات در بودجه عمومی (درصد)	۳۱/۲۳	۴/۰۸	۴/۱	۳/۷۸	۳/۲۱
نسبت اعتبارات آموزش پزشکی به کل اعتبارات آموزش عالی (درصد)	۲۰/۶۶	۳۱/۷۲	۲۹/۹	۲۶/۹۲	۳۰/۵۲
هزینه سرانه دانشجو در گروه پزشکی (هزار ریال)	۳۹۲/۶	۲,۷۴۸/۲	۵,۴۶۹/۸	۶,۳۶۲/۹	۷,۹۲۳/۵
فضای فیزیکی سرانه در گروه پزشکی	۱۱/۵	۶/۸۵		۱۲/۶	

۱. شامل دانشجویان در مراکز آموزش عالی تحت پوشش وزارت آموزش عالی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر وزارتخانه‌ها و مؤسسات غیردولتی در بخش عمومی و دانشگاه آزاد اسلامی است.
۲. شامل مراکز آموزشی در بند ۱ به استثنای دانشگاه آزاد اسلامی است.
۳. شامل کل اعتبارات فصل آموزش عالی و تحقیقات و در سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۷۸، شامل کل اعتبارات فصل آموزش عالی به اضافه اعتبارات برنامه تحقیقات دانشگاهی از فصل تحقیقات است.
۴. شامل کل اعتبارات بودجه عمومی در ردیف‌های دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت و اعتبارات آموزش در اختیار ستاد مرکزی وزارت بهداشت است.
۵. شامل مراکز آموزشی در بند ۱ به استثنای دانشگاه آزاد اسلامی است.

اما به دلیل نداشتن امکان دسترسی به این شاخص با قیمت‌های ثابت، به خصوص در سال‌های دهه ۱۳۷۰ که شرایط سخت توری در کشور وجود داشت، امکان استفاده مورد نظر



از این شاخص غیرممکن شده است. شاخص کیفی دیگر، مقایسه فضای فیزیکی سرانه در آموزش گروه پزشکی است. برآورد این شاخص در تعداد محدودی از سال‌ها در دسترس بوده است. وضعیت این شاخص در سال‌های ۱۳۷۲-۱۳۶۸ نشان‌دهنده کاهش فضای فیزیکی سرانه برای دانشجویان تا حدود نصف است. سال ۱۳۷۶ وضعیت بهبود یافته این شاخص را نشان می‌دهد.

سیاست‌های کلی آموزش عالی در گروه پزشکی در برنامه دوم تأکید بر افزایش اختیارات و مسئولیت‌های دانشگاه‌ها و مؤسسات پژوهشی وابسته داشته است. ایجاد هماهنگی در اجرای سیاست‌ها و در شرایط تمرکززدایی و گسترش آموزش‌ها در حوزه‌های خدمات بهداشتی درمانی و بیمارستانی از دیگر سیاست‌های حائز اهمیت در این بخش است. اگرچه اهداف این سیاست به نحو مورد انتظار تاکنون حاصل نگردیده است. گسترش کمی آموزش با ایجاد دانشکده‌های مستقل و تبدیل تعدادی از دانشکده‌ها به دانشگاه‌های علوم پزشکی تا سال ۱۳۷۶ نیز مورد تأکید بوده است. توسعه فضاهای کالبدی و تجهیزات مورد نیاز در موضوعات آموزشی و ایجاد تعادل‌های منطقه‌ای در گسترش آموزش پزشکی از دیگر سیاست‌ها و اقدامات دارای اهمیت در سال‌های برنامه دوم توسعه است که امروزه به صورت گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی در سطح تمامی استان‌های کشور مشاهده می‌شود. توجه به موضوع آموزش پزشکی جامعه‌نگر و برگزاری کارگاه‌های آموزشی از دیگر سیاست‌های مهم در این دوره بوده است که تا حال حاضر اجرای این بخش از آموزش به صورت محدود امکان‌پذیر گردیده است. اصلاحات در قانون بازآموزی و تصویب قانون آموزش مداوم در سال ۱۳۷۵، بازنگری در روند پذیرش دانشجو برای تعدیل آن در رشته‌هایی که تعداد فارغ‌التحصیلان بیش از نیاز است به خصوص از سال ۱۳۷۶ به بعد، افزایش استخدام اعضای هیأت علمی به خصوص برای تأمین نیازهای مناطق کم‌توسعه یافته یا محروم و اصلاح نظام پرداخت‌ها به اعضای هیأت علمی و ایجاد زمینه برای تشکیل انجمن‌های علمی - تخصصی از دیگر سیاست‌های اجرایی حائز اهمیت در طی این دوره است. در طول سال‌های ۱۳۷۶ به بعد و در مراحل تدوین برنامه سوم، موضوع توسعه کمی آموزش عالی در گروه پزشکی برای نخستین بار پس از یک دوره طولانی، از مجموع موضوعات مورد بحث خارج گردید، ضمن آن‌که در این سال‌ها امکان رفع مشکلات اعتباری به عنوان یکی از ضروریات اولیه در بهبود کیفیت آموزش و برقراری شرایط و

استانداردهای آموزشی مناسب در بخش غیردولتی آموزش پزشکی، هنوز فراهم نگردیده است. در شرایط کنونی همچنین برقراری نظام نظارت و ارزشیابی به نحو مؤثر برای ارتقای کیفیت آموزش و به کارگیری فن آوری‌های نوین آموزشی و بهبود مدیریت‌های آموزشی در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی، از موضوعات حائز اهمیت در رفع مشکلات آموزش در گروه پزشکی است.

### (و) وضعیت طرح‌های عمرانی

در بررسی وضعیت اعتبارات طرح‌های عمرانی در بودجه عمومی در بخش بهداشت و درمان طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۷۴ مشاهده می‌شود که نوسانات در رشد اعتبارات عمرانی به خصوص در سال‌های کاهش درآمد حاصل از صادرات نفت قابل ملاحظه بوده و مبالغ اعتبارات تخصیص یافته برای پاسخگویی به نیازهای توسعه‌ای بخش به هیچ وجه مناسب و کافی نیست. جدول شماره ۹ وضعیت اعتبارات تخصیص یافته به بخش بهداشت و درمان و سهم آن را از مجموع اعتبارات عمرانی و اعتبارات عمرانی امور اجتماعی نشان می‌دهد.

به طوری که در جدول شماره ۹ مشاهده می‌شود رشد اعتبارات فصل بهداشت و درمان در سه سال ۱۳۷۴، ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷ با نرخ کاهشی همراه بوده است. در سال‌های ۱۳۷۴ و ۱۳۷۶ اعتبارات عمرانی امور اجتماعی نرخ‌های مثبت رشد ۳۴ درصدی و ۴/۹ درصدی داشته است و در سال ۱۳۷۷ نیز نرخ کاهشی رشد در اعتبارات عمرانی امور اجتماعی حدود ۸/۲- درصد بوده که شرایط بهتری را نسبت به رشد منفی ۱۱/۹- درصد در اعتبارات عمرانی بخش بهداشت و درمان نشان می‌دهد. از سوی دیگر در دوره ۱۳۷۹-۱۳۷۴ سهم اعتبارات عمرانی فصل بهداشت و درمان از کل اعتبارات عمرانی و اعتبارات عمرانی امور اجتماعی روند کاهشی داشته است. افزایش مشاهده شده در اعتبارات عمرانی فصل بهداشت و درمان در سال ۱۳۸۰ نیز ناشی از تغییر در نحوه محاسبه نرخ ارز مربوط به طرح بهداشت و جمعیت بوده است، که با استفاده از وام بانک جهانی اجرا می‌شود. نرخ تسعیر ارز برای طرح یاد شده در سال ۱۳۸۰ از نرخ شناور به نرخ واریزنامه‌ای تغییر کرده است. این موضوع موجب افزایش ۲۲۵ میلیارد ریالی در اعتبار طرح یاد شده گردیده بی آنکه اثر کمی در افزایش ظرفیت اعتباری واقعی برای بخش بهداشت و درمان داشته باشد. رقم اصلاح شده برای اعتبار مصوب سال ۱۳۸۰ به منظور نشان دادن شرایط واقعی رشد اعتبارات بخش ارائه

گردیده است.

از ابتدای برنامه پنج ساله اول توسعه اقتصادی و اجتماعی، احداث و تکمیل ۱۵۰ پروژه بیمارستانی در کشور با ظرفیت بالغ بر ۱۵۰۰۰ تخت، در دستور کار قرار گرفت. با وجود سپری شدن دو برنامه توسعه تا کنون تنها ۵۰ طرح بیمارستانی با ظرفیت ۵۰۰۰ تخت خاتمه یافته است. به عبارت دیگر پس از گذشت ۱۰ سال تنها یک سوم طرح‌های پیش‌بینی شده تکمیل گردیده و دو سوم باقیمانده به صورت متوقف یا نیمه تمام باقی مانده است. اعتبار لازم برای تکمیل و تجهیز این طرح‌ها بیش از ۱۵۰۰ میلیارد ریال برآورد می‌گردد که با توجه به روند اعتبار تخصیص یافته به برنامه‌های عمرانی درمانی، پیش‌بینی می‌شود خاتمه عملیات آن‌ها تا سال‌های پایانی برنامه چهارم به طول بینجامد. این در شرایطی است که در سال‌های

جدول ۹ نرخ رشد و سهم اعتبارات عمرانی فصل بهداشت و درمان از کل اعتبارات

(میلیون ریال)

و اعتبارات امور اجتماعی

سال	اعتبارات عمرانی فصل بهداشت و درمان	نرخ رشد اعتبارات عمرانی فصل بهداشت و درمان	سهم اعتبارات عمرانی فصل بهداشت و درمان از کل اعتبارات عمرانی امور اجتماعی	سهم اعتبارات عمرانی فصل بهداشت و درمان از کل اعتبارات عمرانی امور اجتماعی
۱۳۷۴	۴۲۸,۷۹۸	۲۴/۱ - درصد	۳/۳ درصد	۱۱/۵ درصد
۱۳۷۵	۷۱۷,۹۱۳	۶۷/۴	۴۱	۱۲/۲
۱۳۷۶	۵۶۳,۱۱۸	-۲۱/۶	۲/۸	۹/۱
۱۳۷۷	۴۹۶,۲۶۷	-۱۱/۹	۲/۸	۸/۸
۱۳۷۸	۵۲۶,۳۶۳	۶/۱	۲/۱	۷/۵
۱۳۷۹	۵۵۰,۰۰۰	۴/۵	۲/۱	۶/۷
۱۳۸۰	۱,۰۲۵,۰۰۰	۸۶/۴	۳	۱۰/۲
۱۳۸۰	۸۰۰,۰۰۰	۴۵/۴۵	۲/۳	۸

مأخذ: قوانین بودجه سالانه کشور.

آینده با تبدیل بسیاری از مناطق زیستی کشور به شهرها، ضرورت دارد در تعدادی از آنها بیمارستان احداث شود که به دلیل محدودیت اعتبارات هرگونه توجه و اقدامی در این زمینه غیرممکن است.

از طرفی بررسی آماری از ظرفیت‌های بیمارستانی وزارت بهداشت نشان می‌دهد که علی‌رغم شروع بهره‌برداری از ۵۰ بیمارستان با ظرفیت ۵۰۰۰ تخت، طی دوره ۱۳۷۴-۱۳۷۸ تعداد کل بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت به تعداد ۵ واحد و ظرفیت تخت‌های بستری آن (با محسوب داشتن توسعه بیمارستان‌های موجود) حدود ۳۷۵۰ تخت اضافه شده است. علت اصلی این امر، احداث بیمارستان‌های جدید به جای بیمارستان‌های فرسوده در نظام درمانی کشور است. براساس برآوردهای انجام شده از مجموع ۴۸۳ بیمارستان تابعه وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۸ حدود ۱۰۰ بیمارستان با ظرفیت ۲۱۰۰۰ تخت، قدمتی بالای ۴۰ سال و از این تعداد نیز ۶۵ بیمارستان با ظرفیت ۱۴۰۰۰ تخت قدمتی بالای ۵۰ سال دارند. اکثر این بیمارستان‌ها از نظر سازه فاقد مقاومت لازم و بسیار نامطمئن هستند، ضمن آن‌که با وضعیت نامناسب ارتباطی بین بخش‌ها و قسمت‌های مختلف آن، کارکردی غیرمنطقی و بدون امکان برنامه‌ریزی مناسب در مدیریت بیمارستانی دارند. جایگزینی این بیمارستان‌ها با ظرفیت ۲۱۰۰۰ تخت، به قیمت‌های سال ۱۳۸۰ حداقل نیاز به اعتباری بالغ بر ۷۰۰۰ میلیارد ریال دارد که بالغ بر ۸۰ درصد از کل اعتبارات عمرانی بخش را در برنامه سوم شامل می‌شود. به این ترتیب شروع به بهره‌برداری این بیمارستان‌ها با منابع اعتباری موجود، تا پایان برنامه سوم امکان‌پذیر به نظر نمی‌رسد. با منابع اعتباری موجود تنها امکان توجه به تکمیل پروژه‌های نیمه تمام موجود، میسر است.

از سوی دیگر با توجه به مشکلات اعتباری و طولانی بودن احداث بیمارستان‌های جدید، حفظ و نگهداری سرمایه‌های موجود ضروری است و از این رو هر ساله اعتباری برای تعمیرات اساسی بیمارستان‌ها منظور می‌گردد. مبالغ تخصیص یافته برای این منظور در سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۸۰ به ترتیب بالغ بر ۹۴۰۰۰، ۹۹۰۰۰ و ۱۵۰،۰۰۰ میلیون ریال بوده است. در شرایط حاضر که براساس مطالعات طرح سطح بندی خدمات حدود ۷۰ درصد بیمارستان‌های وزارت بهداشت فاقد استانداردهای مناسب درمان بستری هستند، ضروری است برنامه‌های عملیاتی و متناسب با آن اعتبارات مورد نیاز برای بهبود استانداردهای بیمارستانی به نحو منطقی تهیه و به مرحله اجرا درآیند.

در بررسی وضعیت مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت، مشاهده می‌شود که در دوره ۱۳۷۸-۱۳۷۴ تعداد خانه‌های بهداشت ملکی از ۵۸۴۶ واحد به ۹۷۹۲ واحد افزایش یافته است. منابع اعتباری لازم برای این توسعه تا حدودی با مشارکت مردم فراهم گردیده است. علی‌رغم این توسعه در پایان سال ۱۳۷۸ هنوز نسبت خانه‌های بهداشت ملکی از مجموع آن‌ها بیش ۵۷/۳ درصد نبوده است. پیش‌بینی می‌شود تا پایان برنامه سوم تعداد خانه‌های بهداشت ملکی به حدود ۸۰ درصد از مجموع آن‌ها بالغ گردد. در این دوره همچنین با احداث ۱۸۹ مرکز بهداشتی درمانی روستایی حدود ۷ درصد به ظرفیت ملکی این مراکز افزوده شده است. نسبت این مراکز به کل تعداد آن‌ها در حال حاضر بالغ بر ۶۸/۷ درصد است. پیش‌بینی می‌شود با احداث و تکمیل ۳۰۰ طرح نیمه تمام در طرح بهداشت و جمعیت و سایر طرح‌های استانی، نسبت یاد شده در پایان برنامه سوم به ۸۵ درصد افزایش یابد. به هر صورت توجه به این نکته ضروری است که با ادامه روند فعلی اعتبارات عمرانی، امکان تکمیل ساختمان‌ها و تأسیسات شبکه‌های بهداشتی درمانی روستایی تا پایان برنامه سوم نیز وجود ندارد. گسترش مراکز بهداشتی درمانی شهری براساس ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم (براساس پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی) در طول سال‌های این برنامه تنها از طریق مشارکت بخش‌های خصوصی و تعاونی امکان‌پذیر است که بر این اساس گسترش ظرفیت ملکی این مراکز نسبت به تعداد کل آن در شرایط فعلی از ۴۶/۶ درصد به طور محدود به حدود ۵۰-۵۵ درصد پیش‌بینی می‌شود.

اعتبارات عمرانی بخش بهداشت و درمان در برنامه سوم که براساس پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی به تصویب هیأت دولت رسیده، حاکی از تشدید روند نزولی سهم آن از مجموع اعتبارات عمرانی در سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۸۱، از حدود ۸/۵۵ درصد به ۶/۴۶ درصد است. این در شرایطی است که در این دوره به ترتیب مبالغی بالغ بر ۱۳/۶۷ درصد، ۱۷/۶ درصد و ۲۳/۶ درصد از کل اعتبارات عمرانی بخش بهداشت و درمان برای نخستین بار برای تخصیص به بخش غیردولتی پیش‌بینی شده است. چنین سیاستی از سوی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی موجب کاهش بسیار سنگین در سهم اعتبارات عمرانی بهداشت و درمان در بخش دولتی از مجموع اعتبارات عمرانی امور اجتماعی تا حدود ۴/۹ درصد در سال ۱۳۸۳ خواهد گردید.

به طور کلی علی‌رغم وجود ضرورت‌های آشکار در بهبود استانداردها و توسعه

ظرفیت‌های فیزیکی بخش بهداشت و درمان، با توجه به عدم عنایت کافی از سوی سیاست‌گذاران در این بخش و در شرایط اعمال فشارهای اعتباری خارج از انتظار از سوی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی (و معاونت امور اجتماعی این سازمان) چشم انداز آینده در توسعه کمی و بهبود کیفی ظرفیت‌های فیزیکی بخش بهداشت و درمان بسیار نامطلوب به نظر می‌رسد.

## ۲. ارزیابی سیاست‌ها و استراتژی‌های مدیریتی

با ادغام دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در سال پایانی برنامه اول توسعه، مرحله نهایی از ادغام دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت به انجام رسید. در مراحل پیش از آن رؤسای سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان ابتدا به وسیله وزیر بهداشت و سپس رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی منصوب می‌شدند. بر این اساس در طول سال‌های برنامه دوم توسعه، شبکه‌های بهداشتی و درمانی در فعالیت‌های اجرایی، تحت سرپرستی و نظارت دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قرار داشته و در برنامه‌ریزی‌ها برای توسعه و اجرای برنامه‌ها تحت نظر و تصمیمات ستاد گسترش شبکه‌ها در وزارتخانه فعالیت کرده‌اند. در چنین شرایطی مشاهده بیماری‌ها و مبارزه با آن‌ها و رفع نارسایی‌های بهداشتی (یا مراقبت‌های پیشگیری اولیه) به دانشگاه‌های علوم پزشکی واگذار گردید و در مورد اقداماتی که به صورت ادغام برنامه‌های جدید در نظام شبکه صورت می‌پذیرفت و در زمانی که نیاز به پشتیبانی از سوی ستاد مرکزی وزارتخانه بود، دانشگاه‌ها مورد حمایت و پشتیبانی قرار می‌گرفتند. این ادغام و فرایند پس از آن از جهات خاصی مانند مقابله سریع با مشکلات بهداشتی و انجام پژوهش‌های علمی و کاربردی به وسیله دانشگاه‌های علوم پزشکی نتایج مثبتی داشته است. در مواردی مانند انجام پژوهش‌های کاربردی در سطح کشور، برای ارزیابی وضعیت برنامه‌ها و پوشش‌ها و مقایسه با شاخص‌های هدف و همچنین تضمین شرایطی که اولویت این برنامه‌ها را نسبت به سایر برنامه‌ها موجب می‌گردید و به خصوص در مورد تصمیمات مربوط به تکمیل شبکه‌ها (پس از عدم توفیق تا سال پایانی برنامه اول)، مشکلاتی ایجاد گردید. به طور کلی به نظر نمی‌رسد در شرایط حاضر نیز تکمیل شبکه‌ها تا سال پایانی برنامه سوم توسعه، امکان‌پذیر باشد.

از مشکلات دیگر، عدم هدفگذاری در تعدادی از شاخص‌ها، متناسب با روند اعتبارات

یا امکانات فیزیکی و تجهیزاتی و امکانات مدیریتی است. این مشکل مانع از تحقق بسیاری از شاخص‌های هدف در برنامه دوم گردیده و مشکلات در مواردی در هدفگذاری‌ها برای برنامه سوم توسعه همچنان باقی است.

از دیگر نکات حایز اهمیت، نقص تجهیزاتی بسیاری از خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری و استمرار مشکلات گذشته به خصوص مشکل نظام ارجاع در شبکه‌ها است. نظام برنامه‌ریزی و نظارت و پایش در مورد شبکه‌ها نیز بعد از ادغام سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت در دانشگاه‌های علوم پزشکی در شرایط نظام یافته‌ای قرار نداشته و بازخورد اطلاعات برنامه‌ریزی بین ستادهای استانی و ستاد وزارتخانه و مشارکت توأم ستادهای یاد شده در فرآیند برنامه‌ریزی با مشکل مواجه است. در ضمن ساماندهی شبکه اطلاعاتی در مورد عملکرد شبکه‌های بهداشتی و اساساً وضعیت فیزیکی آن‌ها، پس از مسئولیت یافتن معاونت پژوهشی در وزارتخانه در کلیه امور اطلاعات و آمار، به درستی صورت نپذیرفته است. تفاوت اطلاعات مربوط به تعداد خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و عملکرد و اکسیناسیون در گزارش‌های معاونت پژوهشی و ستاد گسترش شبکه در وزارتخانه و درخواست اطلاعات موردی مربوط به وضعیت فیزیکی و تجهیزاتی و نیروی انسانی شبکه‌های بهداشتی درمانی از سوی ستاد وزارتخانه همگی مؤید وجود مشکلات در نظام اطلاعات و آمار است که طبیعتاً برنامه‌ریزی‌ها و نظارت و پایش را نیز با مشکل روبه‌رو می‌سازد. شاید هنوز در کشور ما علی‌رغم وسعت و پراکندگی جمعیت، باورهای لازم درباره اهمیت نظام اطلاعات و آمار در برنامه‌ریزی‌ها و تصمیم‌گیری‌ها ایجاد نشده باشد.

در بخش درمان توجه به تعدادی از موضوعات اساسی طی دوره ۱۳۷۴ به بعد و به خصوص از سال ۱۳۷۶ حائز اهمیت بوده است. مطالعه برای ایجاد نظام سطح‌بندی خدمات درمانی در سطح کشور برای پوشش تصمیمات توسعه فیزیکی و تجهیزاتی و نیروی انسانی در مجموعه بخش‌های دولتی و غیردولتی (و خصوصی) دارای اهمیت است. حل مشکلات ارجاع به خصوص در سطح شهرها و از سطح پزشک عمومی تا پزشکان متخصص و خدمات درمان بستری، از موضوعات با اهمیت در این مطالعه محسوب می‌شود. در حال حاضر، طرح نظام سطح‌بندی خدمات بیشتر در امور توسعه فیزیکی امکانات درمان سرپایی، تخصصی و بستری مورد توجه بوده و به آن برای بهینه‌سازی در توسعه فیزیکی

فضاهای درمانی (یا محدود کردن توسعه فیزیکی) استناد می‌گردد. در حال حاضر اجرای مراحل و اقدامات پیش‌بینی شده در این طرح و از جمله اقدامات مربوط به استقرار نظام ارجاع به طور محدود مورد نظر بوده و تلاش‌ها برای زمینه‌سازی اجرای آن در سطح کشور نیز محدود است. باید توجه داشت که مطالعات این طرح زمانی واجد ارزش و قابل اتکا است که براساس آن طرح‌های توسعه فیزیکی و اعتبارات عمرانی مربوط به آن جهت‌گیری و سازماندهی شود و برنامه‌ای برای رفع محرومیت‌های منطقه‌ای و محدودیت‌های درمانی در کلیه سطوح ارائه گردد. توسعه اشتغال فارغ‌التحصیلان رشته‌های بهداشت و پزشکی نیز باید در چارچوب این طرح مشخص شود تا امکان تدوین برنامه‌ای برای اشتغال و تربیت نیروی انسانی به طور همزمان فراهم آید.

در بخش درمان، همچنین توجه به افزایش کارایی نظام مدیریتی بیمارستان‌ها و مراکز کلینیکی وابسته به آن‌ها در سال‌های ۱۳۷۶ به بعد حائز اهمیت به شمار می‌رود، اما هنوز امکان استفاده از تخصص‌های مدیریتی در سطح مدیران اجرایی فراهم نشده است. افزایش کارایی اقتصادی نظام بیمارستانی، از دیگر موضوعات با اهمیت در بخش درمان است که با شروع طرح خودگردانی بیمارستان‌های وزارت بهداشت آغاز گردید و پس از آن با افزایش منابع و درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌ها تقویت شد. علی‌رغم تلاش برای هماهنگ کردن شیوه‌های اداره اقتصادی بیمارستان‌ها، وجود مدیریت‌های مستقل در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی با سلیقه‌های مدیریتی متفاوت و عدم شکل‌گیری سیاست‌ها و استراتژی‌های مدیریتی در سطح ملی، اصلاح شیوه‌های سنتی مدیریت حاکم بر دانشگاه‌ها هنوز امکان‌پذیر نشده است. همچنین مشکلات ایجاد نظام اطلاعات و آمار مناسب و عدم برقراری نظام نظارتی مطلوب از سوی خریداران خدمات و از جمله سازمان‌های بیمه درمانی از موضوع‌هایی است که برنامه‌ریزی‌ها و ارتقای سطح کمی و کیفی خدمات بیمارستان‌ها را به خصوص در بخش دولتی دشوار کرده است. از سوی دیگر باید محدود بودن سهم بخش خصوصی را در مجموع تخت‌های بیمارستانی کشور از جمله مواردی دانست که موجب تداوم تلاش وزارت بهداشت در زمینه عرضه دولتی خدمات بیمارستانی شده است. در ضمن، شایان ذکر است که علی‌رغم اعطای مجوز احداث بیمارستان به بخش‌های خصوصی و خیریه و سایر (غیرانتفاعی) با ظرفیت ۲۲۰۰۰ تخت، تنها حدود ۵۰۰۰ تخت آن هم در مناطق شهری، در حال احداث بوده که به معنای محدود بودن نقش مجموع بخش‌های



غیردولتی در سال‌های آتی و ادامه اهمیت نقش بخش دولتی وابسته به وزارت بهداشت در رفع محرومیت درمان بستری، مربوط به مناطق کم‌تر توسعه یافته است. در بخش دارو نکات حائز اهمیت عبارتند از: عوامل افزایش مصرف دارو، کمبودهای مقطعی در عرضه دارو و بروز مشکلات در کیفیت دارو و عوامل مؤثر در اصلاح وضعیت اقتصادی دارو.

به طور کلی، علی‌رغم توسعه فیزیکی و نیروی انسانی (دکتر داروساز) در ارائه خدمات دارویی در کشور، کیفیت خدمات دارویی کاهش یافته که این نیز موجب بروز نارضایتی در جامعه گردیده است. از سوی دیگر شرایط دوگانه ایجاد شده در صنعت دارو، که از یک سو آن را در موقعیت کاملاً خصوصی قرار داده و از سوی دیگر با تداوم نظام ژنریک دارویی، با ویژگی‌های سال‌های شروع آن و حذف نام‌های تجارتي و ادامه روند برنامه‌ریزی متمرکز تولید و نظام قیمتگذاری دولتی، مانع از برقراری سازوکار بازار برای آن شده، وضعیت صنعت دارو را در حل مشکلات اقتصادی آن در ابهام قرار داده است. در واقع بروز چنین وضعیتی موجب عدم برقراری رقابت در این صنعت و مشکلات کیفیت دارو و موضوع‌هایی مانند عدم استفاده کامل از ظرفیت‌ها و عدم بازسازی این صنعت و همچنین محدودیت در توجه به بازارهای صادراتی شده است. محدودیت در فعالیت‌های تحقیق و توسعه در صنعت دارو از دیگر مشکلات این بخش است. تمامی این مشکلات از این امر ناشی شده که دارو یک کالای اساسی تلقی می‌شود و آزادسازی صنعت دارو و چشم‌پوشی از نظام ژنریک دارویی به سادگی امکان‌پذیر نیست. در هر صورت، روش منطقی در چنین شرایطی افزایش سازوکارهای مناسب برای رقابتی کردن این صنعت و سازوکارهای سیاستگذاری برای هدایت آن به عنوان تولیدکننده یک کالای عمومی است. سازوکارهای سیاستگذاری مورد نظر، متفاوت از شرایطی است که به دخالت مستقیم دولت در بازار می‌انجامد. باید پذیرفت عدم توجه به ایجاد شرایط اقتصادی مناسب برای این صنعت در مدیریت بخش دارویی کشور، عاملی برای ادامه دوگانگی در وضعیت صنعت دارو است و مانع از تحقق شرایط مطلوب اقتصادی برای تولیدکنندگان و شرایط مطلوب در فراهم بودن دارو گردیده است.

در نظام بیمه درمانی، مشکلات به طور عمده متوجه دو گروه از بیمه‌شدگان است که عبارتند از گروه خویش‌فرمایان و مزد و حقوق‌بگیران خارج از نظام بیمه‌های اجتماعی و روستاییان. سایر گروه‌ها پیش از برقراری قانون بیمه همگانی به نوعی تحت پوشش بیمه

خدمات درمانی بودند. باید توجه کرد که پوشش کامل جمعیتی برای دو گروه یاد شده در شرایطی مورد نظر بود که امکانات اجرایی و مفرراتی و منابع لازم برای آن فراهم نشده بود و امکان اتکای صندوق‌های بیمه به حق بیمه و مشارکت بیمه‌شدگان مقدور نبود. اختیاری بودن بیمه از دیگر عوامل مؤثر در بروز چنین وضعیتی است. براین اساس پذیرفته شد که بیمه درمان روستاییان با اتکا به شیوه‌های حمایتی برقرار شود، اما به هر صورت سطح خدمات ارائه شده به این گروه محدود به خدمات درمان بستری گردید. در مورد بیمه درمان خویش فرمایان تصمیم بر دریافت حق بیمه بر مبنای میانگین هزینه سرانه هر بار مراجعات قرار گرفت. نتیجه این وضعیت محرومیت نزدیک به ۳۰ درصد جامعه شهری در گروه خویش فرمایان و صاحبان حرف و مشاغل آزاد و خانواده آنان از خدمات بیمه درمانی بوده است.

آموزش عالی در گروه پزشکی، به دنبال ادغام دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی در وزارت بهداشت از سال ۱۳۶۴ با روند رشد کمی شتابان توسعه یافت. در مرحله ادغام سازمان‌های منطقه بهداشت و درمان در دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۷۲، هنوز تأکید بر ادامه توسعه کمی آموزش و بهره‌گیری بیش‌تر از امکانات بهداشتی درمانی و بیمارستان‌های غیرآموزشی در فرایند آموزش گروه پزشکی بود. این طرح علی‌رغم پیچیدگی‌هایی که در نظام مدیریتی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ایجاد کرد و دانشگاه‌ها را در موقعیت دشوار مدیریتی قرار داد، عاملی برای بهبود کیفی خدمات درمانی و بهبود کیفی آموزش با بهره‌گیری از امکان آموزش در میدان محسوب می‌شود. اما در هر صورت به دلیل ایجاد نکردن تحول لازم در نظام مدیریتی آموزشی و مدیریت بهداشتی درمانی، نارسایی در دستیابی به نتیجه مورد انتظار مشهود است. از سوی دیگر، توجه خاص به بهبود کیفیت آموزش پس از دوره طولانی توسعه کمی آن تا سال ۱۳۷۶ حائز اهمیت است. از این سال و به خصوص در سیاست‌های برنامه سوم توسعه، رشد کیفی مقدم بر رشد کمی در آموزش عالی در گروه پزشکی دانسته شد. در حال حاضر بازسازی استانداردهای آموزشی و شاخص‌های بهره‌مندی سرانه از امکانات، از موضوع‌های اساسی در بهبود کیفیت آموزش محسوب می‌شود و تغییر گرایش‌ها و انگیزه‌ها را در دانش‌آموختگان و اعضای هیأت علمی و در پژوهش‌های علمی و کاربردی لازم می‌کند.

در ارزیابی عملکرد طرح‌های عمرانی، نشان داده شد که روند اعتباری این طرح‌ها در

بخش بهداشت و درمان، طی دوره ۱۳۷۴-۱۳۷۸ از نوسانات نامطلوب برخوردار بوده و سهم اعتبارات آن از مجموع اعتبارات عمرانی در بودجه عمومی دولت و اعتبارات عمرانی امور اجتماعی روند نزولی داشته است. همچنین مشخص گردید که اعتبارات عمرانی فصل بهداشت و درمان در برنامه خدمات درمانی در برنامه سوم توسعه، امکان تکمیل بیمارستان‌های در حال احداث را تا پایان این برنامه غیر عملی کرده و در صورت ادامه روند آن در برنامه چهارم توسعه، تکمیل این طرح‌ها تا سال‌های آخر برنامه چهارم نیز دشوار به نظر می‌رسد. تکمیل طرح‌های عمرانی بهداشتی موجود نیز با مشکلاتی مشابه تا پایان برنامه سوم توسعه با دشواری ممکن است. در چنین شرایطی نداشتن راهکار مناسب از سوی وزارت بهداشت (به عنوان دستگاه اجرایی بهره‌بردار از پروژه‌های بیمارستانی و دستگاه مجری پروژه‌های بهداشتی در استان‌ها) برای پیگیری تکمیل پروژه‌ها و تأمین اعتبار لازم برای آن‌ها، از موضوع‌هایی است که چشم‌انداز موجود در روند اجرایی پروژه‌ها را نامناسب نشان داده است.

### ۳. نوآوری‌ها و ابتکارات مدیریتی و سیاستگذاری

طی سال‌های برنامه دوم سیاست‌ها و فعالیت‌های مورد نظر، تا حدودی تلاش کرده‌اند تا مشکلات رفع و سازوکارهای مناسب ایجاد شود. محدودیت منابع و حمایت‌های دولت در این سال‌ها که به دنبال دوره‌هایی از کاهش غیرمنتظره در درآمد عمومی و ارزی حاصل از صادرات نفت بود، سرپرستان بخش بهداشت و درمان را ناگزیر کرد تا سیاست‌ها و روش‌هایی را برای به حداقل رساندن آسیب‌پذیری ناشی از کاهش درآمدهای عمومی اتخاذ کنند. از سوی دیگر وضعیت تقریباً نامساعد کارایی نظام اداری و مالی بخش دولتی به طور عمومی و کارایی نامطلوب نظام ارائه خدمات در بخش بهداشت و درمان (که این نیز در ارتباط مستقیم با کاهش کارایی نظام اداری و مالی دولتی قرار دارد)، از جمله عواملی بود که اتخاذ شیوه‌های ویژه برای رفع نارسایی‌ها را اجتناب‌ناپذیر می‌کرد. در ادامه، آن‌بخش از نوآوری‌ها و ابتکارات که در حفظ دستاوردهای بهداشتی و درمانی کشور و توسعه آن طی سال‌های برنامه دوم توسعه اهمیت داشت، مورد اشاره قرار می‌گیرد.

الف) طی سال‌های برنامه دوم، توسعه شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور از محل منابع عمومی دولت مواجه با مشکلات مالی و اعتباری گردید. در بخش بهداشت برای غلبه بر این

مشکلات تا آنجا که امکان بهره گیری از مشارکت‌های مردمی مقدور بود، زمینه‌سازی لازم فراهم گردید و امکان آن به وجود آمد تا بخش قابل ملاحظه‌ای از توسعه شبکه از طریق مشارکت‌ها و کمک‌های مردمی صورت پذیرد. با این حال، مشکل تکمیل نشدن شبکه‌های یاد شده تا پایان برنامه دوم توسعه (و احتمالاً طولانی شدن آن تا پایان برنامه سوم) همچنان وجود داشت.

ب) واگذاری مدیریت اجرایی شبکه‌های بهداشتی درمانی و حل مشکلات بهداشت عمومی جامعه در سطوح محلی و استانی به دانشگاه‌های علوم پزشکی و استقلال نسبی دانشگاه‌ها در حل مشکلات یاد شده از مدیریت ستاد مرکزی وزارتخانه، موجب گردید دانشگاه‌ها به عنوان عاملان اجرایی و محلی در حل مشکلات پیش قدم شوند و در مرحله بعد در صورت نیاز به حمایت از جانب وزارتخانه، نسبت به اعلام نارسایی‌ها و دریافت حمایت‌های مؤثر اقدام نمایند. این شیوه اجرایی در بسیاری از موارد تأثیر سریع و مستقیم در حل مشکلات بهداشتی مناطق داشته است. از سوی دیگر با اتکا به این شیوه اجرایی، دانشگاه‌های علوم پزشکی انگیزه‌های مناسب در توسعه پژوهش‌های علمی - کاربردی در موضوعات مراقبت‌های پیشگیری اولیه را یافتند و نتایج سودمندی نیز به دست آمد.

ج) در زمینه بهبود وضعیت خدمات درمانی کشور، انجام مطالعات سطح‌بندی خدمات درمانی در همه امور درمانی و از جمله در امور مربوط به منابع و امکانات بخش غیردولتی و خصوصی در تمامی شهرستان‌ها و شهرهای کشور اهمیت ویژه دارد. به تصویب رساندن این طرح در سطح عالی وزارتخانه و مشروط کردن توسعه فیزیکی و نیروی انسانی بخش درمان در تمامی شهرستان‌های کشور به پیش‌بینی‌های به عمل آمده در طرح یاد شده، از جمله اموری است که پیش از آن سابقه نداشته و مصوبات وزارتخانه در بخش بهداشت و درمان را شامل کلیه امور مربوط در بخش دولتی وابسته به وزارتخانه و دولتی غیر وابسته و بخش خصوصی کرده است. چنانچه این طرح، پایه‌ای برای برنامه‌ریزی توسعه در بخش قرار گیرد و در کنار آن تلاش برای تأمین منابع لازم برای توسعه، به صورت تدوین شده درآید، می‌توان توسعه فیزیکی و نیروی انسانی بخش را در یک چارچوب برنامه‌ریزی شده امکان پذیر کرد.

د) در زمینه بهبود وضعیت اورژانس، تجهیزات پزشکی و خدمات مورد نیاز بیماران خاص از جمله بیماران دیالیزی و تالاسمی اقدامات ویژه مورد توجه بوده است. به خصوص

در مورد خدمات اورژانس در سطح کشور برنامه‌ریزی اجرایی و توسعه فیزیکی قابل ملاحظه بوده و تنها مشکل تأمین منابع مالی، به‌عنوان محدودیت اساسی در دستیابی به اهداف باقی مانده است.

ه) برقراری جلسات هماهنگی با رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی به صورت مستمر و در فواصل زمانی ۲ تا ۳ ماهه و همچنین برقراری جلسات هماهنگی با معاونان پشتیبانی دانشگاه‌ها که گاه در فواصل زمانی یک ماهه صورت می‌پذیرد، از جمله اقدامات بسیار مؤثر پس از برقراری وضعیت استقلال دانشگاه‌های علوم پزشکی و ادغام فعالیت‌های خدمات بهداشتی و درمانی در دانشگاه‌ها بوده است. این جلسات هماهنگی همچنین عامل مؤثر برای افزایش آگاهی رؤسای دانشگاه‌ها از سیاست‌ها و امکانات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و آگاهی کارشناسی معاونان پشتیبانی دانشگاه‌ها را نیز در بهره‌گیری از امکانات در دسترس افزایش داده است.

و) مباحث مطرح شده در گزارش برنامه سوم توسعه در بخش امور دارویی، امکان آن را فراهم کرد تا مشکلات سیاست‌گذاری و اقتصادی دارو مورد بازنگری قرار گیرد. در حال حاضر توجه به موضوعاتی مانند بازسازی نظام قیمتگذاری و نظام بازار در بخش دارویی کشور، اصلاح نارسایی‌های مربوط به طرح ژنریک دارویی، فعالیت‌های تحقیق و توسعه در صنایع دارویی، اصلاح روش‌های تجویز و مصرف دارو و ایجاد سازمان دارو و غذا که به طور خاص در نظارت و کنترل امور مربوط به صنایع غذایی، کشاورزی و دامی بسیار مؤثر است، برای ایجاد تحولات لازم در بخش دارو و غذا با اهمیت تلقی می‌شود. البته هنوز تا زمان فراهم کردن طرح‌ها و روش‌های عملیاتی برای اجرای سازمان یافته اصلاحات فاصله وجود دارد.

ز) در اقدامات گسترش خدمات بیمه درمانی، اجرای طرحی که کلیه روستاییان کشور را در چارچوب نظام بیمه خدمات درمانی قرار دهد و زمینه‌ساز آشنایی آنان با فرهنگ بیمه‌ای باشد، بسیار با اهمیت به نظر می‌رسد. در زمینه ایفای تعهدات نظام بیمه‌ای پس از بروز بحران در پرداخت‌ها طی سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۷۸، نیمه دوم سال ۱۳۷۸ و سال ۱۳۷۹ از جمله سال‌های بسیار موفق محسوب می‌شوند. این موضوع نشان دهنده آن است که مدیریت نظام بیمه درمانی می‌تواند در صورت کسب حمایت‌های لازم، در انجام دادن بسیاری از خدمات و انتظارات توفیق حاصل کند.

ح) در آموزش عالی در گروه پزشکی، برای نخستین بار پس از یک دوره ۱۰ ساله روند صعودی پذیرش، به خصوص در رشته‌هایی که مشکل اشتغال در بازار کار برای آن‌ها مشهود بود، از سال ۱۳۷۶ پذیرش روند نزولی داشته است. البته چنین اقدامی به سادگی میسر نبود و پس از ارائه توجیحات بسیار برای نمایندگان مجلس شورای اسلامی امکان پذیر گردید.

ط) در آموزش عالی در گروه پزشکی، همچنین برای نخستین بار، از سال ۱۳۷۶ رشد کمی از دستور کار خارج گردید و به جای آن رشد کیفی آموزشی مورد توجه قرار گرفت. اگر چه محدودیت منابع هنوز برای تأمین اهداف کیفی مورد نظر کفایت نداشته و از سویی نیز چشم انداز مناسبی برای سال‌های برنامه سوم، در این زمینه وجود ندارد، اما به هر حال پرداختن به زمینه‌ها و شرایطی که رشد کیفی آموزش را مورد نظر دارند، می‌تواند از جهات بسیار و از جمله از نظر گرایش منابع موجود به سوی فرایندهای رشد کیفی با اهمیت باشند.

#### ۴. برنامه‌های مورد انتظار در سال‌های برنامه سوم توسعه

ادغام دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی و توسعه کمی آن‌ها، این امکان را به وجود آورد که آموزش عالی در گروه پزشکی به نحوی مؤثرتر از پیش در خدمت رشد کمی و کیفی خدمات بهداشتی و درمانی قرار گیرد و همراه با آن نیز از امکانات بهداشتی و درمانی تخصصی و بستری در بخش دولتی به صورت جامع در آموزش گروه پزشکی استفاده گردد. این ادغام در مرحله نهایی آن که در سال پایانی برنامه اول صورت پذیرفت، همچنین امکان آن را فراهم کرد که شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور به صورتی جامع‌تر از گذشته تحت سرپرستی مدیریت واحد محیطی (یا استانی)، با بهره‌گیری از امکانات و تخصص‌های آموزشی توسعه و بهبود کیفی یابند. در حال حاضر ایجاد یک نظام مدیریتی مناسب و مطلوب برای دستیابی به نتایج مورد انتظار، به خصوص در زمینه بهبود کیفیت خدمات آموزشی و خدمات بهداشتی و درمانی و ایجاد نظام نظارت و پایش در این خدمات، از اهم موضوعاتی است که باید در سال‌های باقیمانده از برنامه سوم بر آن تأکید کرد. ایجاد نظام مدیریتی یاد شده به مفهوم طرد شیوه‌های مدیریتی سنتی است. در این شیوه تصمیم‌گیری در مورد تمامی فعالیت‌ها و اقدامات با نظر و سلیقه مدیران ارشد صورت پذیرفته و این تصمیمات بدون توجه به ایجاد یک نظام سازمان یافته یا مسئولیت‌پذیری پایدار (و براساس سلیقه یا گرایش‌های مدیران وقت)، به مرحله اجرا در می‌آید. در شیوه‌های مدیریتی سنتی

موجود همچنین وجود معیارهایی برای ارزیابی موفقیت مدیران (از سطوح مدیران ارشد گرفته تا مدیران میانی و پایین تر) و توجه به مشارکت مؤثر کارشناسان برجسته و ارزشمند در سطوح تصمیم‌گیری و اجرا، مورد غفلت واقع شده و مدیران ارشد و میانی با استقلال غیرموجه در تصمیم‌گیری‌ها بدون اتکا به برنامه‌های اجرایی زمان‌بندی شده، در هر دوره، آزمون جدیدی را براساس روش آزمون و خطا تجربه می‌کنند. ناکارآمدی این شیوه مدیریت دولتی به خصوص در بخش خدماتی گسترده و بسیار بزرگ بهداشت و درمان با حدود ۲۷۰ هزار کارکنان و غفلت از نظامات سازمان‌یافته و پایدار در امور عملیاتی و نظارت و پایش، بدون اعمال سلیقه‌ها در آن، در تمامی سال‌های دو دهه گذشته از مشکلات بسیار عمده محسوب می‌گردید.

هم زمان با رفع بحران مدیریتی یاد شده، که باید با ایجاد امکانات مدیریتی لازم نیز همراه باشد، تأکید بر رفع مشکلات و یافتن پاسخ مناسب برای چالش‌های عمده بخش بهداشت و درمان به عنوان مسئولیت مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مجموعه هیأت دولت، از اهم موضوع‌هایی است که باید به نحو شایسته در سال‌های در پیش رو مورد توجه قرار گیرد. در فعالیت‌های بهداشتی (یا مراقبت‌های پیشگیری اولیه) باید برنامه‌های مناسب برای بهره‌گیری از امکانات بالقوه موجود، به خصوص پس از مرحله نهایی ادغام دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، فراهم گردد. در این برنامه‌ها و سایر برنامه‌های درمانی و آموزش پزشکی باید به موضوع‌های زیر توجه شایسته و کافی به عمل آید:

الف) تدوین مجموعه مناسبی از پژوهش‌های علمی و کاربردی (و میدانی) برای توسعه اطلاعات و ارزیابی نحوه پوشش و توفیق خدمات بهداشتی اولیه در سطح کشور (و به خصوص در روستاها، شهرهای کوچک و مناطق کم‌تر توسعه‌یافته و حاشیه شهرها) و تدوین برنامه‌های مناسب پیشگیری پیش از بروز علائم بیماری‌ها، به خصوص بیماری‌های بازپدید و نوپدید.

در حال حاضر دستاوردهای گذشته، به خصوص دستاوردهای بهداشتی در سال‌های جنگ تحمیلی که از افتخارات دولت جمهوری اسلامی ایران محسوب می‌گردید، به علت کاهش اطلاعات پژوهشی و نظارت و پایش فعالیت‌های پیشگیری اولیه در معرض تهدید قرار گرفته و ارزیابی از عملکردها، نشان‌دهنده کاهش بار مراجعات به شبکه‌های بهداشتی و

درمانی در روستاها است.

ب) تدوین برنامه‌های جدید و تدارک امکانات لازم برای تحقق اولویت خدمات پیشگیری اولیه نسبت به سایر برنامه‌های بهداشتی و درمانی و در کلیه برنامه‌های توسعه و تأمین اجتماعی دولت.

در حال حاضر امکانات اعتباری تخصیص یافته به بخش بهداشت و درمان و امکانات اجرایی در اختیار بخش، اجرای برنامه‌های پیشگیری اولیه را تنها با سهم محدود و مشخصی از مجموع منابع اعتباری و اجرایی خود بخش امکان پذیر کرده است. اولویت در برنامه‌های یاد شده تنها زمانی تحقق می‌یابد که سهم و میزان منابع تخصیصی به آن در مجموع اعتبارات امور اجتماعی (پارافاه و تأمین اجتماعی) تثبیت گردد. نداشتن این اولویت موجب شده است که امکانات مدیریتی در برنامه‌های پیشگیری اولیه در سطح محدود باقی بماند و پوشش شبکه‌های بهداشتی و درمانی روستایی علی‌رغم تأکید بر تکمیل آن در دو برنامه اول و دوم توسعه، هنوز از سطح ۸۵ درصد فراتر نرود. به علاوه امکانات تجهیزاتی در قریب به ۵۰ درصد شبکه‌های یاد شده در روستا و شهر دارای نقایص اساسی باشد و مشکلات گذشته در شبکه‌ها از جمله مشکلات مربوط به برقراری نظام ارجاع همچنان استمرار داشته باشد.

ج) برقراری شبکه اطلاعاتی جامع و قابل استناد از عملکرد مجموعه شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور و کلیه مراکز درمانی و بیمارستانی تخصصی و بستری و کلیه مراکز تشخیصی - درمانی در مجموعه بخش‌های دولتی و غیردولتی با استفاده از روش‌های شناخته شده MIS (نظام اطلاعات مدیریتی) و GIS (نظام اطلاعات جغرافیایی)، برای ثبت علائم اپیدمی‌ها و کلیه بیماری‌های بومی و محلی و بیماری‌های بازپدید و نوپدید در سطح کشور و آگاهی از امکانات بالقوه برای مقابله با تمامی بیماری‌ها در مراحل پیشگیری.

بدیهی است تنها با ایجاد چنین شبکه جامع اطلاعاتی می‌توان ضمن به حداکثر رساندن کارایی برنامه‌ها و برنامه‌ریزی‌ها، برنامه‌های پیشگیری اولیه و درمانی را به نحو مؤثر با سایر برنامه‌های توسعه اجتماعی (یا تأمین و رفاه اجتماعی) ادغام و هماهنگ کرد.

د) تدوین برنامه‌های مناسب برای بهره‌گیری از اطلاعات و اجرای پیشنهادها در طرح سطح‌بندی خدمات درمان بستری و تخصصی، برای برنامه‌های آینده توسعه فیزیکی و تجهیزاتی مراکز بهداشتی و درمانی کشور و توزیع مطلوب امکانات مربوط به خدمات یاد شده برای افزایش دسترسی کلیه آحاد جامعه در روستا و شهر و به خصوص مردم در مناطق



کم‌تر توسعه یافته، به خدمات درمان بستری و تخصصی.

در حال حاضر طرح سطح بندی خدمات از سوی سازمان مدیریت و برنامه ریزی، بیش تر به منظور محدود کردن توسعه فیزیکی امکانات درمان بستری و تخصصی، با هدف جلوگیری از توسعه این امکانات در مناطق غیر نیازمند، مورد توجه قرار گرفته است. باید در نظر داشت که شاخص های بهره مندی فیزیکی از امکانات یاد شده در کشور، در حال حاضر به هیچ وجه قابل مقایسه با این شاخص ها در کشورهای پیشرفته در خدمات بهداشتی و درمانی نیست و محدود کردن توسعه فیزیکی در این زمینه فاقد هرگونه توجیهی است.

۸) افزایش کارایی نظام مدیریتی به خصوص در بیمارستان ها و مراکز درمان تخصصی دولتی و برقراری نظام نظارتی در امور کمی و کیفی خدمات به صورت قانونمند به خصوص به وسیله سازمان های بیمه خدمات درمانی، به منظور اطمینان از کارایی هزینه ها و کیفیت خدمات.

۹) تدوین برنامه ها و مقررات مناسب برای توسعه سهم و نقش مشارکتی بخش خصوصی در ارائه خدمات درمان عمومی، تخصصی و بستری و پیش بینی منابع لازم و تسهیلات برای آن.

در حال حاضر با روند رو به رشد فارغ التحصیلان در کلیه رشته های گروه پزشکی و محدودیت اشتغال آنها در بخش دولتی و همچنین براساس برنامه های سازمان های بیمه خدمات درمانی در افزایش نقش بخش خصوصی در ارائه خدمات، زمینه های بالقوه برای رشد بخش خصوصی وجود دارد. اما باید در نظر داشت که تأمین تسهیلات لازم برای رشد بخش خصوصی در بهداشت و درمان زمانی در توسعه بخش بهداشت و درمان سردمند است که از محل منابعی فراتر از منابع کنونی در اختیار بخش دولتی تأمین گردد.

۱۰) تدوین برنامه های اجرایی مناسب برای رفع مشکل اصلی بخش دارویی شامل افزایش مصرف دارو، کمبودهای مقطعی در عرضه انواع داروها، کیفیت در معرض تهدید داروهای تولید داخل، مشکلات اقتصادی صنعت دارو که به طور کامل در مالکیت بخش غیردولتی است و مشکلات نظارتی و سیاست گذاری در کلیه امور دارو و غذا به خصوص برای تضمین سلامتی غذا در کلیه صنایع غذایی، دامی و کشاورزی و در تمامی مراحل فراوری آنها.

در حال حاضر سیاست های فراهمی دارو تنها براساس مشکلات روز و امکانات ارزی و مدیریتی روز تعیین می شود و قیمت گذاری دارو نیز برای رفع مشکلات مقطعی صنایع

دارویی و مشکلات روز در عرضه انواع داروها صورت می‌پذیرد. اقدامات انجام شده در کنترل تجویز و مصرف داروها بسیار محدود بوده و کیفیت داروهای تولید داخل به دلیل نداشتن گسترش فعالیت‌های تحقیق و توسعه در صنایع دارویی در معرض تهدید دائم قرار دارد. مشکلات اقتصادی صنعت دارو نیز متعدد بوده و خصوصی سازی آن تنها با هدف کاهش تصدی گری دولت صورت پذیرفته، بدون آن که امکان استفاده از ظرفیت‌های بلااستفاده در این صنعت و نوسازی ظرفیت‌ها و ایجاد ساز و کار مناسب برای توسعه آن مطابق با روند توسعه صنایع دارویی در جهان، فراهم گردد. عدم تحول در نظام ژنریک دارویی، که هنوز با ویژگی‌های سال‌های ۱۳۶۳ - ۱۳۵۹ در حال اجرا است و حذف نام‌های تجاری، امکان رشد صنعت دارو را در شرایط تسلط بخش خصوصی بر آن محدود کرده است. محدود بودن سهم صادرات (حدود ۱ درصد از مجموع ارزش مصرفی برای تولید داخلی دارو) از دیگر مشکلات در این صنعت محسوب می‌شود. فقدان سازمان معتبر و فعال در سطح کشور برای استاندارد کردن تولید و نظارت در زمینه‌های دارو و غذا و به خصوص در امور مربوط به کلیه صنایع غذایی، دامی و کشاورزی و تمامی امور مربوط به فراوری آن‌ها، موجب تهدیدات دائمی در سلامت غذایی است.

ح) تأمین پوشش بیمه درمان خرویش فرمایان و بیمه جامع درمانی روستاییان (که در حال حاضر تنها تحت پوشش بیمه درمان بستری قرار دارند) با تأکید بر سهم و تعهد دولت (و نه فقط سازمان بیمه خدمات درمانی یا وزارت بهداشت) در تأمین پوشش جامع این دو گروه. براساس برآوردهای انجام شده حداقل حدود ۱۱ میلیون نفر از جامعه شهری از پوشش بیمه‌های درمانی محرومند. همچنین مجموع جمعیت روستایی که بالغ بر ۲۲ میلیون نفر است از دسترسی به امکانات درمان عمومی و تخصصی در بخش غیردولتی محروم هستند. جامعیت خدمات بیمه درمانی برای این دو گروه تنها زمانی ممکن خواهد بود که مجموعه دولت امکانات و منابع لازم برای آن را فراهم کند و سازمان بیمه خدمات درمانی نیز امکان برنامه ریزی و سیاستگذاری در توسعه صنعت بیمه درمانی و اشاعه فرهنگ آن در دو گروه خویش فرمایان و روستاییان و شرایط استفاده از امکانات پوشش این دو گروه را در نظام جامع تأمین اجتماعی داشته باشد.

ط) بهبود کیفیت آموزش عالی در گروه پزشکی پس از دوران طولانی توسعه کمی آن (طی سال‌های ۱۳۶۵-۱۳۷۶) و بهبود نظام نظارت و ارزشیابی، همراه با بهبود فن‌آوری

آموزشی و مدیریت آموزش در حوزه‌ها یا مراکز بهداشتی و درمانی و ایجاد انگیزه‌های بهبود کیفی در آموزش در اعضای هیأت علمی و دانشجویان.

در شرایط حاضر با ادغام کامل فعالیت‌های آموزش گروه پزشکی و فعالیت‌های بهداشتی و درمانی به خصوص درمان بیمارستانی، هرگونه اقدامی در جداسازی این دو فعالیت موجب آسیب جدی به هر دو فعالیت یاد شده گردیده، چشم انداز آینده را نیز در هر دو فعالیت در پرده‌ای از ابهام قرار خواهد داد. در ضمن مشخص نیست که دستاورد این جداسازی چه خواهد بود و چگونه وزارت آموزش عالی و تحقیقات و فن آوری پس از به عهده گرفتن دو وظیفه جدید (تحقیقات و فن آوری) از عهده تبیین و اجرای فعالیت دیگری که با آموزش گروه پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی همراه با آن مشخص می‌گردد، برمی‌آید. طرح چند باره این جداسازی در هیأت دولت حقیقتاً موجب تضعیف جدی در روحیه مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گردیده که این ممکن است آنان را از اقدام به برنامه‌های میان مدت و بلندمدت در بخش آموزش پزشکی باز دارد. به هر صورت باید توجه کرد که بازسازی استانداردهای آموزشی و شاخص‌های بهره‌مندی سرانه از امکانات و همچنین بهبود امکانات اعضای هیأت علمی و دانشجویان از جمله اموری است که تأثیر شایسته در بهبود کیفیت آموزش عالی در گروه پزشکی و دستیابی به اهداف کیفی در ادغام آموزش عالی گروه پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی خواهد داشت.

ی) تدوین برنامه‌های توسعه برای افزایش امکانات فیزیکی بهداشتی و درمانی و درمان بستری و افزایش سهم اعتبارات تخصیص یافته به آن از مجموع اعتبارات عمرانی دولت.

در حال حاضر شاخص‌های بهره‌مندی سرانه از امکانات درمان بستری (۱/۶ تخت به ازای هزار نفر جمعیت) و بهداشتی - درمانی (به خصوص در روستاها) و امکانات تجهیزاتی و آموزشی در کشور نسبت به بسیاری از کشورهای پیشرفته در عرضه خدمات بهداشتی و درمانی کم‌تر بوده و روند نزولی سهم اعتبارات برای توسعه فیزیکی امکانات یاد شده از مجموع اعتبارات بودجه عمومی، چشم انداز آینده را بدون ایجاد تحول یا بهبود در وضعیت موجود نشان می‌دهد. براساس اطلاعات موجود بیش از ۳۰ درصد بیمارستان‌های دولتی در کشور در فرسودگی کامل و حدود ۷۰ درصد از این بیمارستان‌ها در شرایط پایین‌تر از حداقل استانداردهای لازم قرار دارند. به نظر نمی‌رسد کامل کردن بناها و تجهیز شبکه‌های بهداشتی و درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت، علی‌رغم تأکید در دو برنامه

اول و دوم توسعه، براساس منابع اعتباری پیش بینی شده در برنامه سوم توسعه، امکان پذیر باشد. از سوی دیگر عدم نظارت و سیاستگذاری از سوی وزارت بهداشت در طرح های عمرانی بیمارستانی که وزارت مسکن و شهرسازی اجرا می کند و نبود حساسیت های لازم در وزارت بهداشت و سازمان مدیریت و برنامه ریزی برای تأمین و گسترش اعتبارات عمرانی بخش بهداشت و درمان، از عوامل مؤثر در محدود ماندن سهم اعتبارات عمرانی این بخش محسوب می شود.

### ۵. چالش های اساسی در بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

چالش ها مجموعه ای از مشکلات، اولویت ها یا ضرورت هایی هستند که پرداختن به آن ها به سبب محدودیت ها یا عدم توافق در یافتن راه حل های مناسب دشوار است یا موضوع آن در تحلیل ها و مباحثات استمرار یافته است. مجموعه ای از چالش ها در بخش بهداشت و درمان را می توان به شرح زیر بیان کرد:

الف) تأثیرات ناشی از ساختار و تحولات جمعیتی در وضعیت بهداشتی و درمانی جامعه.

تغییر در ساختار جمعیتی و تحولات آن در دو دهه گذشته و پیش بینی تغییرات و جابه جایی های جمعیتی در سال های آینده، حاکی از وجود شرایطی است که حفظ دستاوردهای خدمات بهداشتی (یا مراقبت های پیشگیری اولیه) را برای کودکان و مادران، نوجوانان و گروه افراد در سنین باروری و سالمندان فقط از طریق ادغام برنامه های بهداشتی مربوط به آنان در مجموعه برنامه های جامع رفاه و تأمین اجتماعی ممکن ساخته است. فراهم کردن اولویت و امکانات لازم در این زمینه تاکنون مقدور نگردیده است.

ب) تأمین منابع مالی و امکانات لازم برای برنامه های مبارزه با بیماری ها، مقابله با تهدید روزافزون و عوامل خطر و حادثه آفرین (ناشی از توسعه صنعتی و تغییرات اکولوژیک و زیست محیطی) و در برنامه های تأمین اجتماعی برای کنترل اختلالات روانی، اعتیاد و خودکشی.

تأمین منابع و امکانات لازم در تمامی این برنامه ها فقط با پذیرش نقش عمومی دولت و مجموعه وزارخانه ها و سازمان های دولتی در بهبود شاخص ها و پوشش سلامتی جامعه امکان پذیر است. در شرایط کنونی تنها وزارت بهداشت به عنوان مسئول برای مقابله با

بیماری‌ها و تهدیدات یاد شده، آن هم پس از بروز علائم یا مشهود گردیدن آن‌ها؛ دانسته می‌شود.

ج) عدم تخصیص و تجهیز امکانات لازم برای حفظ وضعیت موجود بهداشتی و درمانی و ارتقای این وضعیت در آینده.

ادامه روند موجود در تخصیص منابع و اولویت‌ها و نارسایی در امکانات و توانایی‌های مدیریتی و ساختار تشکیلات دولتی که از عوامل مؤثر در کاهش کارایی و بهره‌وری و وضعیت نامطلوب در نظارت و پایش در فعالیت‌های خدمات بهداشتی، درمانی و بیمارستانی در بخش دولتی محسوب می‌گردد. حفظ دستاوردهای پیشین در بخش بهداشت و درمان را همواره مورد تهدید قرار می‌دهد و ارتقای شاخص‌های سلامتی و بهره‌مندی سرانه از امکانات فیزیکی بهداشتی و درمانی را بسیار دشوار کرده است.

د) محدود بودن سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی از مجموع هزینه ناخالص ملی، محدود بودن سهم دولت از مجموع هزینه‌های بهداشتی و درمانی کشور، محدود بودن سهم بخش خصوصی از کل عرضه خدمات فراهم آمده در بخش بهداشت و درمان.

در حال حاضر و طی ده سال گذشته، سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی از کل هزینه ناخالص ملی کم‌تر از ۵ درصد بوده است و سهم دولت از مجموع هزینه‌های بهداشتی و درمانی کشور کم‌تر از ۴۰ درصد برآورد می‌شود. این دو نرخ در کشورهای با درآمد سرانه متوسط به ترتیب حدود ۸-۶ درصد و ۷۰ درصد است. از سوی دیگر سهم محدود بخش خصوصی از امکانات عرضه خدمات بهداشتی و درمانی و از جمله خدمات بیمارستانی که (طی دو دهه گذشته همواره کم‌تر از ۱۱-۱۰ درصد بوده) در شرایطی که نیروی انسانی بخش طی سال‌های ۱۳۶۵-۱۳۷۵ به حدود ۲/۸ برابر افزایش یافته است، حکایت از وجود امکانات بالقوه برای توسعه خدمات بهداشتی و درمانی و استمرار وضعیت بیکاری در گروه دانش‌آموختگان گروه پزشکی طی سال‌های آینده دارد.

ه) افزایش تعداد فارغ‌التحصیلان در گروه علوم پزشکی و محدودیت اشتغال آنان در بخش دولتی و محدودیت امکانات برای توسعه اشتغال در بخش خصوصی.

و) استمرار شرایط نامناسب در تدارک و عرضه داروهای مورد نیاز، کیفیت دارو، نحوه تجویز و مصرف دارو و وضعیت اقتصادی ناکارآمد صنعت دارویی کشور در شرایطی که کاملاً خصوصی گردیده است و نبود یک سازمان ملی و فراگیر در زمینه سلامت غذا و دارو.

در شرایط فعلی تنظیم و اجرای برنامه‌هایی در کلیه زمینه‌های مربوط به فراهم آوری دارو، تضمین کیفیت دارو، نظارت بر نحوه تجویز و مصرف دارو، بازسازی صنعت دارو و حل مشکلات اقتصادی این صنعت جز از طریق مشارکت کلیه بخش‌های بهداشتی و درمانی و بخش‌های اقتصادی ذی‌ربط و مدیریت کلان اقتصادی کشور ممکن نیست. همچنین ایجاد و تقویت یک سازمان ملی و فراگیر برای استانداردسازی و نظارت بر امور مربوط به سلامت غذا و دارو از تعهدات دولت نسبت به جامعه محسوب می‌شود و نمی‌توان اجرای تعهدات مربوط به آن را محدود به وزارت بهداشت دانست.

ز) نداشتن الزامات قانونی و امکانات مالی و مقرراتی لازم برای تأمین پوشش بیمه درمانی خویش فرمایان و برقراری نظام بیمه‌ای (در مقابل نظام حمایتی فعلی) برای بیمه درمان روستاییان.

ح) بهبود کیفیت آموزش عالی در گروه پزشکی پس از طی یک دوره طولانی از رشد کمی شتابان، عدم تناسب بین امکانات و فضاهای آموزشی و نیازهای رشد کیفی آموزش، ناکارآمدی نظام فعلی نظارت و ارزشیابی آموزشی در ارتقای کیفیت آموزش، و توجه به رشد شتابان علمی و فن‌آوری آموزشی در جهان و آسیب‌پذیری روانی و افت تحصیلی دانشجویان.

کلیه این امور را باید از جمله موضوعات اساسی در ارتقای سهم و نقش آموزش عالی در فرایند توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور دانست. در چارچوب برنامه‌های تنظیم شده در برنامه سوم توسعه، اولویت مورد انتظار در موضوعات اساسی یاد شده مشاهده نمی‌شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی