

پاسخ‌گفتن به نیاز موجود در جامعه، وظیفه اصلی سازمان‌هایی است که برای ارائه خدمات ایجاد می‌شوند انتظار این است که این سازمان‌ها از ساختاری پویا و انعطاف‌پذیر برخوردار باشند تا بتوانند با دریافت پیام‌های تغییر از محیط، خود تغییر یابند و هماهنگی پیوسته‌ای با تغییرات محیط فراهم آورد این امر مستلزم آن است که به‌طور مداوم این سازمان‌ها مورد ارزیابی قرار گیرند و بتوانند افق‌ها، چالش‌ها و فرصت‌های پیش‌رو را پیش‌بینی نمایند بدون شک شناخت مشکلات و چالش‌های موجود اولین قدم در راه اصلاح آن است به این منظور سعی شده در این مقاله مرور مختصری بر چالش‌های پیش‌روی نظام سلامت کشور داشته باشیم برای بررسی بهتر ۱۰ محور اصلی انتخاب شده که در هر محور مرور مختصر بر وضع موجود چشم‌انداز پیش‌رو و چالش‌های موجود خواهیم داشت

کلیدواژه‌ها: سلامت، چالش، دارو، آموزش پزشکی

برخورداری از زندگی سالم، مولد و با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است که مسئولیت و تولیت آن بر عهده دولت‌هاست این امر پیش شرط تحقق توسعه پایدار است و تحقق آن در مکتب اسلام و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مورد تأکید قرار گرفته است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را برای تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند (اصول ۴۳، ۲۹ و ۳ قانون

اساسی جمهوری اسلامی ایران).

سلامت در عرصه اندیشه و عمل جنبه‌های متفاوتی دارد سلامت انسان محصول تعامل پیشینه ژنتیکی، محیط اجتماعی، روانی و اکولوژیکی است که او را در برمی‌گیرد و هر کدام از این عوامل به صورت جداگانه‌ای بر سلامت وی تأثیر می‌گذارند تغییر در هر یک از این مؤلفه‌ها می‌تواند سلامت، جامعه را با چالش‌های اساسی مواجه کند؛ علاوه بر این کشور ما از نظر مخاطرات سلامت بار مضاعفی را به‌دوش می‌کشد که در واقع به‌علت گذر سلامتی است که بخشی از آن ناشی از توسعه‌نیافتگی و بخشی دیگر مربوط به جوامع توسعه یافته است بدون شک شناخت مشکلات و چالش‌های موجود اولین قدم در راه اصلاح آن است به این منظور در این مقاله سعی شده مرور مختصری بر چالش‌های پیش‌روی نظام سلامت کشور داشته باشیم

در این مقاله برای حصول به نتیجه مطلوب‌تر براساس چهار حیطه کارکرد اصلی نظام سلامت که از طرف سازمان بهداشت جهانی اعلام شده است یعنی: تولید^۱، تأمین منابع مالی^۲، ارائه خدمات^۳ و تولید منابع^۴ ده محور اصلی سیاستگذاری و حاکمیت، همکاری بین‌بخشی، عوامل تهدیدکننده سلامت، خدمات بهداشتی، تأمین منابع مالی، آموزش پزشکی، خدمات بالینی، دارو، پژوهش و بازاریابی منطقه‌ای در نظر گرفته شده است که برای هر یک مروری مختصر بر چالش‌های پیش‌رو خواهیم داشت

·è

·è-è

براساس قانون، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مسئول و متولی سلامت مردم و جامعه است و طبعاً، به‌عنوان نهادی سیاستگذار مسئولیت تدوین خط‌مشی‌ها، سیاست‌ها و جهت‌گیری‌های کلان نظام سلامت را به‌عهده دارد این سیاستگذاری باید بر مبنای بهترین شواهد موجود و براساس فعالیت وسیع گروه‌ها و نهادهایی صورت گیرد که با کارشناسی و تصمیم‌سازی خود، بستری مناسب و مطمئن برای اخذ تصمیمات کلیدی به‌وسیله نهاد

۱. Stewardship

۲. Financing

۳. Service Provision

۴. Resource Generation

سیاستگذار تأمین کنند برای رسیدن به این منظور، باید نهاد سیاستگذار نه تنها مجهز به نیروهای کارشناسی خیره و قوی باشد بلکه ارتباط شبکه‌ای، مؤثر و تنگاتنگی با کارشناسان مرتبط در سطوح کشور داشته باشد ضمن این‌که برای تضمین اجرایی شدن سیاست‌های اتخاذ شده، نظام سلامت نیازمند نهاد یا نهادهایی است که وظیفه اصلی آنها، اعمال حاکمیت بر بخش سلامت و رهبری مؤثر بین‌بخشی باشد

بخش سلامت با مشکلات جدی در سیاستگذاری، حاکمیت و مدیریت راهبردی مواجه است و هیچ‌گونه انسجامی در سیاستگذاری و حاکمیت در این بخش مشاهده نمی‌شود. اصرار بر استفاده از پزشکان موجب شده اغلب مدیران فعلی نظام سلامت، آگاهی کافی از اصول مدیریت علمی نداشته باشند و از سوی دیگر در رابطه با مبانی علمی حوزه کاری خود (برای مثال بهداشت، آموزش، پژوهش و...) نیز از دانش و تجربه اندکی برخوردار باشند. فقر نیروهای کارشناسی، فقدان نظام جامع اطلاعات در بخش سلامت و تعدد مراجع تصمیم‌گیری درون‌بخشی و برون‌بخشی موجب شده است که سیاستگذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌های کلان، بر پایه شواهد و مدارک صورت نگیرد و پس از اتخاذ سیاست‌ها، به سبب فقدان استانداردهای تنظیمی، نظام پایش عملکرد و ارزشیابی تأثیر و نظام بازخورد همچنین فقدان یا عدم ارتباط اهرم‌های حاکمیتی (از قبیل اعتباربخشی یا تخصیص منابع) با نظام ارزشیابی عملکرد، این سیاست‌ها در بخش عملیاتی به اجرا در نمی‌آیند همچنین به سبب فقدان رهبری و ارتباط مؤثر بین بخشی، قسمت عمده‌ای از فرایندهای مرتبط به سلامت که خارج از این بخش قرار می‌گیرند به صورت مستقل و بدون در نظر گرفتن جهت‌گیری و رسالت کلان نظام سلامت، عمل می‌کند

é-è.

در صورت ادامه وضعیت موجود، به سبب نبود سیاست‌های ملی منسجم در بخش سلامت و ضعف شدید در حاکمیت بخش سلامت (حاکمیت بالینی، حاکمیت آموزشی، حاکمیت پژوهشی و...) اقدامات صورت گرفته در بخش عملیاتی، در راستای جهت‌گیری مشخصی نبوده و شرایط، الزامات و مقتضیات محیطی، تصمیم‌گیری‌های خرد را رقم می‌زند به این ترتیب نمی‌توان امید داشت که نظام سلامت بتواند به سمت توسعه پایدار گام بردارد همچنین ضعف مدیریتی و ضعف کارشناسی موجب اتخاذ تصمیماتی خواهد شد که در اغلب موارد، از تصمیم‌گیری بهینه فاصله داشته و در پاره‌ای از موارد، به ضرر نظام سلامت

خواهد بود انتخاب مدیران کماکان براساس آشنایی‌ها و رایزنی‌ها صورت خواهد گرفت و شاهد تغییرات مکرر در سطوح بالا و میانی مدیریت نظام سلامت خواهیم بود

•è-è

- عدم هماهنگی مدیران ارشد در سطح تصمیم‌گیری و اجرا،
- فقدان برنامه استراتژیک در نظام سلامت،
- عدم وجود سازوکار مناسب برای انتخاب مدیران نظام سلامت در سطوح مختلف،
- تمرکز بر داده‌های بخش سلامت و بی‌توجهی به ستادهای بخش،
- انباشت نخبگان در بخش عملیات و فقر شدید در بخش کارشناسی و سیاستگذاری،
- عدم تدوین استانداردهای نظارتی در رابطه با فعالیت‌های مختلف در بخش سلامت،
- عدم وجود شبکه‌های ارتباطی و حمایتی بین کارشناسان و نخبگان بخش سلامت،
- عدم تعریف و استفاده از اهرم‌های حاکمیتی برای تضمین همخوانی عملیات و فعالیت‌ها با سیاست‌های کلان،
- تعدد نهادهای سیاستگذار و مراحل تصمیم‌گیری در داخل و خارج از بخش سلامت،
- عدم نظارت، پایش و کنترل فعالیت‌های صورت گرفته در بخش سلامت (خدمات بهداشتی و درمانی، خدمات پژوهشی، خدمات آموزشی و...).

•é

•é-è

دستیابی به سلامت مطلوب از عهده یک سازمان یا اداره برنمی‌آید بلکه تا حدود زیادی به هماهنگی با سایر بخش‌ها بستگی دارد الگوی رفتارهای فردی و اجتماعی مردم در کشور ما با گذاری پرسرعت مواجه است که با توجه به الگوی توسعه غیرهمه‌جانبه و ناپایدار منجر به افزایش بار بیماری‌ها و گسترش نارضایتی مردم و عدم توانایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان دستگاه بخشی در رفع توقعات و مشکلات مردم به‌دلیل کمبود منابع و ماهیت غیربخشی بودن برخی مسائل است در صورتی که منشأ بسیاری از این مشکلات در یک ساختار همگون، در صورت هماهنگی با سایر نهادها قابل حل است

•é-é

با توجه به شتاب و رونق فعالیت‌های توسعه، گسترش سریع پدیده شهرنشینی، تغییرات فرهنگی، بالا رفتن سن ازدواج، گسترش بیکاری و تغییر سبک زندگی مردم به‌نظر می‌رسد حفظ و ارتقای سلامت تنها وظیفه یک دستگاه یا یک وزارتخانه یا دولت نیست بلکه وظیفه تمام آحاد ملت، سازمان‌های دولتی و غیردولتی است نگاه غیرهمه‌جانبه به توسعه و مدنظر داشتن توسعه غیرپایدار منجر می‌شود که در کشور به‌صورت همزمان شاهد گسترش بار بیماری‌ها با الگویی مشابه با کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته باشیم و این امر بار بیماری‌ها را مضاعف می‌کند که طبعاً برای کشور ساماندهی این بار با شرایط موجود بسیار مشکل بوده و انتظار افزایش نابسامانی می‌رود

•é-ê

• قرار گرفتن سلامت آحاد مردم تحت الشعاع پدیده‌هایی چون بیکاری، گرانی مسکن و غذا، افزایش اشتغال، مسکن و غذا بدون توجه به ضروریات مربوط به استانداردهای سلامت آن‌ها،

• عدم لحاظ نمودن سلامت به‌عنوان محور هرگونه توسعه‌بخشی،

• بخشی‌نگری در مسیر توسعه به‌وسیله هر یک از دستگاه‌ها،

• عدم نگرش به صرف منابع برای ارتقای سلامت به‌عنوان سرمایه‌گذاری،

• اولویت نداشتن سلامت در سیاست‌های کلان دستگاه‌های اجرایی

•ê

•ê-è

در حال حاضر کشور ما یک مرحله گذار سلامت را تجربه می‌کند از دیدگاه دموگرافیک جمعیت کشور در ۴۰ سال اخیر ۳ برابر شده است، بیش از ۶۰ درصد از جمعیت کشور زیر ۲۵ سال سن دارند و حدود ۳ تا ۴ درصد از آنان سالمند محسوب می‌شوند تنها در دهه ۱۳۸۰ حدود ۱۱ میلیون زوج ۲۰ تا ۲۴ ساله در آستانه ازدواج قرار گرفتند که اگر شرایط اشتغال و ازدواج برای آنان مهیا نشود با مشکلات متعددی روبه‌رو می‌شوند از نظر اپیدمیولوژیک، الگوی بار بیماری‌ها در ۳ دهه اخیر به‌صورت قابل ملاحظه‌ای تغییر کرده است، برای مثال بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها، سوانح و حوادث، بیماری‌های مربوط به زایمان و بیماری‌های عفونی و واگیردار علل اصلی مرگ را در کشور تشکیل می‌دهند

سالانه حدود ۱۰۰ هزار مرگ در کشور (۳۰ درصد) به سبب بیماری‌های قلبی - عروقی رخ می‌دهد و بیش از ۲۰ هزار مورد مرگ نیز بر اثر تصادفات رانندگی اتفاق می‌افتد که بخش عمده‌ای از موارد مرگ بین سنین ۱۵ تا ۵۰ سال را تشکیل می‌دهد میزان شیوع بیماری‌های روانی در کشور ۱۱ تا ۲۰ درصد تخمین زده می‌شود^۱

از نظر تغذیه‌ای حدود ۲۰ درصد از مردم کمبود انرژی، ۴۰ درصد پرخوری و ۴۰ درصد رژیم متناسب از نظر انرژی دارند گرسنگی سلولی و کمبود ریزمغزی‌ها به مراتب شایع‌تر از گرسنگی شکمی است و حدود ۴۰ درصد از مردم جامعه را شامل می‌شود

در کشور ما درصد عمده‌ای از بار بیماری‌ها و سال‌های از دست رفته زندگی در ارتباط با چند عامل خطر عمده قرار می‌گیرد که از آن میان می‌توان به فشار خون بالا، کلسترول بالا و اضافه وزن (هر یک مسئول ۴ تا ۸ درصد از DALY^۲ از دست رفته) و دخانیات، مواد مخدر، آب ناسالم، کمبود وزن دوره نوزادی و فقر آهن (هر یک مسئول ۲ تا ۴ درصد از DALY از دست رفته) اشاره کرد در این میان عوامل خطرزای ناشی از آلودگی هوا و عوامل مرتبط با ته‌آب‌های فرهنگی مانند بی‌بندوباری در روابط جنسی و مصرف مشروبات الکلی (هر یک کمتر از ۱ درصد DALY از دست رفته) خود را به‌عنوان عوامل خطرزای جدید بیش از پیش مطرح کرده‌اند برای مثال در کشور ما بیش از ۱۵ میلیون نفر در معرض هوای آلوده قرار دارند

در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۲ به‌وسیله آقای دکتر نقوی و همکاران در دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده و نتایج آن رسماً در حال انتشار است، برآورد می‌شود که در سال ۱۳۸۲ ده علت مرگ براساس تعداد به‌وقوع پیوسته در کشور عبارتند از:

سکته قلبی	۷۲۱۵۸ مورد
حوادث ترافیکی	۳۱۸۰۲ مورد
مرگ به‌علت بلایا و حوادث غیرمترقبه	۳۰۰۳۲ مورد
سکته مغزی و سایر حوادث عروقی مغز	۲۹۹۸۷ مورد
فشار خون و عوارض آن	۱۱۰۶۶ مورد
سرطان معده	۷۶۴۴ مورد

۱. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، گزارش ربع قرن عملکرد نظام جمهوری اسلامی ایران، سال ۱۳۸۳.
 ۲. سال‌های زندگی تعدیل شده بر حسب ناتوانی Disability-Adjusted Life Year

مرگ ناشی از طول حاملگی و رشد جنین	۴۹۷۱ مورد
دیابت	۴۹۲۳ مورد
بیماری قلبی ریوی	۴۵۹۶ مورد
آسم	۴۳۲۶ مورد

همچنین برآورد می‌شود که در سال ۱۳۸۲ ده علت اول از بین برنده عمر و مقدار عمری که از بین برده‌اند عبارتند از:

مرگ به علت بلایا و حوادث غیرمترقبه	۸۹۸۹۵۴ سال
حوادث ترافیکی	۸۲۸۸۶۴ سال
سکته قلبی	۶۱۷۶۰۰ سال
سکته مغزی و سایر حوادث عروقی مغز	۲۲۲۷۳۴ سال
مرگ ناشی از طول حاملگی و رشد جنین	۱۶۴۲۳۳ سال
سوختن با دود، شعله و مواد داغ	۱۰۴۲۷۷ سال
اختلال تنفسی و عروقی در نوزاد	۷۷۷۲۰ سال
فشار خون و عوارض آن	۷۷۱۴۸ سال
سرطان معده	۷۵۵۲۷ سال
غرق شدن در آب	۶۰۸۱۱ سال

در مجموع براساس اطلاعات موجود می‌توان گفت ده علت بار بیماری‌ها (عمر هدر رفته ناشی از مرگ زودرس و عمر سپری شده توأم با ناتوانی) عبارتند از:

حوادث ترافیکی	۱۷ درصد از بار بیماری‌ها
بیماری‌های ایسکمیک عضله قلب	۹ درصد از بار بیماری‌ها
افسردگی	۶ درصد از بار بیماری‌ها
استئوآرتریت	۵ درصد از بار بیماری‌ها
دیابت	۴ درصد از بار بیماری‌ها
حوادث عروقی و سکته مغزی	۴ درصد از بار بیماری‌ها
سقوط	۴ درصد از بار بیماری‌ها
تولد زودرس و کمبود وزن هنگام تولد	۴ درصد از بار بیماری‌ها
اعتیاد و سوء مصرف مواد	۳ درصد از بار بیماری‌ها

اختلالات سایکوتیک

۲ درصد از بار بیماری‌ها

•ê-é

در صورت ادامه وضعیت موجود و با ادامه گذار سلامت (شامل تغییرات جمعیتی، اپیدمیولوژیک)، تغییر سبک زندگی و جهانی شدن، الگوی بیماری‌ها شباهت بیش‌تری با کشورهای توسعه یافته پیدا خواهد کرد سهم بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها، حوادث و سوانح از موارد مرگ‌ومیر افزایش خواهد یافت و با توجه به افزایش بی‌بندوباری جنسی و اعتیاد تزریقی، بیماری‌هایی مانند ایدز و هیپاتیت B شیوع نگران‌کننده‌ای در کشور خواهند داشت در کنار این موارد با دشوار شدن شرایط زندگی، ازدواج و اشتغال، افزایش قابل توجهی را در بیماری‌های روانی شاهد خواهیم بود

•ê-ê

- عدم آمادگی نظام سلامت در مقابل تغییر الگوی بیماری‌ها،
- کُندی در ارائه مداخلات مناسب برای کاهش خطر،
- توجه ناکافی به مطالعات بار بیماری و مطالعات تخمین سطح عوامل خطر،
- پیچیدگی ارتباطات علت و معلولی عوامل خطر مختلف و به تبع آن پیچیدگی و دشواری مطالعات تخمین سهم عوامل خطر،
- پیچیدگی مداخلات جمعیتی برای کاهش خطر،
- دشواری هماهنگی بین‌بخشی برای مداخلات چندبخشی و بین‌بخشی،
- نیاز به مداخلات در سطح قانونگذاری،
- دشواری‌های موجود در تغییر سبک زندگی

•ë

•ë-è

خدمات بهداشتی از محل منابع عمومی از طریق شبکه گسترده بهداشت و درمان کشور مشتمل بر ۱۷۳۶۲ خانه بهداشت، ۲۳۰۷ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۲۱۸۹ مرکز بهداشتی درمانی شهری فراهم می‌شود شبکه موجود در سال‌هایی که بیماری‌های واگیردار عامل بیش‌ترین مرگ‌ومیر در کشور بود، به‌گونه‌ای بسیار کارآمد عمل می‌کرد، به‌طوری که هم‌اکنون بسیاری از شاخص‌های بهداشتی از وضعیت به‌نسبت خوبی برخوردار است که در زیر به برخی از

آن‌ها اشاره می‌شود^۱

- نرخ رشد جمعیت ۱٪ در سال،
- دسترسی به آب آشامیدنی سالم ۹۴ درصد جمعیت،
- نرخ ایمن‌سازی (واکسیناسیون) کودکان زیر یک‌سال: ۹۵ درصد،
- نرخ مولید خام ۱۵ درصد،
- نرخ مرگ خام ۵ در هزار،
- امید به زندگی در بدو تولد ۶۸ سال برای مردان، ۷۱ سال برای زنان

•ē-ē

متأسفانه شبکه بهداشتی کشور نتوانست جریان رو به رشد خود را حفظ نماید تصدی‌گری محض دولتی در شبکه بهداشت و درمان، بی‌کفایتی نظام اداری - مالی، فقدان یکپارچگی و انسجام بین عناصر درون‌بخشی سلامت از یکسو و تغییر نیازها و مشکلات جامعه از سوی دیگر عملاً شبکه را از پویایی لازم به دور کرده است ادامه این جریان در عمل شبکه را به ساختاری با کارایی بسیار پایین تبدیل می‌کند که با اختصاص بودجه بالا تغییری در وضعیت سلامت کشور ایجاد نمی‌کند

•ē-ê

- مشکلات درون‌بخشی،
- وجود بیماری‌های اندمیک،
- فقدان تعامل تعریف شده بین سطوح نظام سلامت (پیشگیری، درمان، بازتوانی)،
- فقدان اطلاعات دقیق و روزآمد از بار بیماری‌ها،
- میزان بالای معلولیت‌های جسمی و ذهنی نوزادان،
- ساختار معیوب نظام شبکه،
- بالا بودن نرخ تمام شده خدمات،
- توزیع نامناسب نیروی انسانی در شبکه،
- عدم تناسب بین نیازهای بهداشتی گروه‌های مختلف اجتماعی و روند تخصیص منابع،

۱. محسن نقوی، «مطالعه تعیین الگوی بهره‌مندی جمعیت ساکن در جمهوری اسلامی ایران از خدمات سلامتی»، مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت، ۱۳۸۱.

- عدم تناسب آموزش و مهارت‌های نیروی انسانی شاغل در شبکه با نیاز جامعه و وظایف شبکه،
- پرداخت ناعادلانه دستمزد به گروه پزشکی شاغل شبکه،
- عدم استفاده از سازوکار بیمه‌های سلامت‌نگر در جهت ارائه خدمات بهداشتی،
- بی‌توجهی به آثار سوء (اجتماعی، اقتصادی و سیاسی) ناشی از مشکلات بهداشتی،
- فقدان سازوکار مناسب برای ایجاد هماهنگی درون و بین‌بخشی،
- مشکلات زیست‌محیطی ناشی از آلودگی آب، هوا و محیط

۱

۱-۲

به دلیل هزینه‌های بالای بخش سلامت، این بخش تأثیر قابل توجهی در وجود یا فقدان فقر در جامعه دارد. عدم توجه به ایجاد سازوکارهای حمایتی در افراد تحت پوشش جامعه باعث خواهد شد که در بسیاری از موارد بحرانی، کانون اقتصادی خانواده تحت فشار مالی به سمت فقر پیش‌رود. این مسأله از یکسو خروج نیروی انسانی سالم از جامعه و از سوی دیگر تعداد خانواده‌های فقیر در کشور را خواهد افزود. بنابراین مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع در بخش سلامت با استفاده از مکانیسم‌های پیش پرداخت یکی از ضروریات اصلی در جامعه کنونی است.

شیوه تأمین این هزینه‌ها با توجه به نظام تأمین مالی در کشورها متفاوت است و از طرق مالیات عمومی، مالیات خاص برای بخش سلامت، بیمه‌های تأمین اجتماعی (به صورت پرداخت قسمتی از حقوق) و بیمه درمان خصوصی و نیز از طریق پرداخت از جیب مردم^۱ تأمین می‌شود. هر یک از شیوه‌های فوق آثار متفاوتی در تأمین عدالت اجتماعی و نیز کارایی نظام سلامتی خواهد داشت. هر چه شیوه تأمین منابع از محل مالیات و نیز از طریق پیش پرداخت (قبل از بیماری) انجام شود، نظام سلامتی عادلانه‌تر خواهد بود و هر چه میزان تأمین منابع بیش‌تر از محل پرداخت مستقیم از جیب خانوار و در زمان بیماری دریافت شود، نظام تأمین منابع سلامتی غیرعادلانه‌تر خواهد بود.

براساس مطالعات انجام شده در مورد حساب‌های ملی سلامت در کشور، بیش از نیمی

۱. Out of Pocket

از منابع در زمان بیماری و به‌صورت پرداخت مستقیم از جیب خانوار تأمین می‌شود به این دلیل در رتبه‌بندی سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، کشور جمهوری اسلامی ایران از نظر شاخص مشارکت عادلانه در تأمین منابع بخش سلامت بین ۱۹۱ کشور رتبه ۱۱۲ را به‌دست آورد

هم از نظر مفهومی و هم از نظر عملی، شاخص مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع، توسعه یافته و سازمان جهانی بهداشت شاخص‌های دقیق‌تر و عملی‌تری را برای محاسبه میزان عادلانه بودن نظام سلامتی در تأمین منابع به‌وسیله خانوار ارائه داده است براساس آخرین مطالعات انجام شده در این‌باره و با استفاده از نتایج آمارگیری هزینه و درآمد خانوار و حساب‌های ملی موارد زیر به‌دست آمده است^۱

- شاخص مشارکت عادلانه خانوار در تأمین منابع سلامتی ۰.۸۳ محاسبه شده است
- بیش‌تر خانوارهایی که با هزینه‌های کمرشکن سلامتی مواجه بوده‌اند ۵۰ درصد هزینه‌های سلامتی آنان مربوط به هزینه‌های بیمارستانی بوده است
- ترکیب هزینه‌ای برای افراد بیمه شده و غیربیمه شده از الگوی مشابهی برخوردار بوده است

- ۳۳۳ درصد از خانوارها مواجه با پرداخت هزینه‌های کمرشکن سلامتی بوده‌اند به‌عبارت دیگر حدود ۲ میلیون نفر از جمعیت کشور با این‌گونه هزینه‌ها مواجه بوده‌اند
- سهم خانوارهای روستایی و شهری در هزینه‌های کمرشکن سلامتی یکسان هستند
- ۳۵ درصد خانوارها مواجه با هزینه‌های کمرشکن بیمه نیز بوده‌اند
- نسبت پیش‌پرداخت^۲ برای هزینه‌های سلامتی به کل هزینه‌ها بسیار پایین است
- براساس مطالعه تکمیلی خانوارهای با خصوصیات زندگی در مناطق روستایی، داشتن سرپرست خانوار بیسواد، برخورداری از فرزندان زیر ۱۲ سال، داشتن بزرگسالان با سن بیش از ۶۰ سال، داشتن تعداد کم‌تری از شاغلین در خانوار، بیش‌ترین زمینه را برای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن دارا هستند

تمامی موارد فوق مؤید این مطلب است که نظام مالی سیستم سلامتی از عملکرد مطلوبی برخوردار نیست و هر روز باعث می‌شود درصدی از خانواده‌های ایرانی به‌دلیل

۱. سیدمعاون رضوی، «گزارش عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت»، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴.

ناتوانی در پرداخت هزینه‌های سلامتی به سمت فقر پیش‌بروند

۱-ê

در صورت تداوم وضع موجود به دلیل عدم توانایی دولت در تأمین منابع بخش سلامت انتظار داریم میزان مشارکت مردم در تأمین منابع افزایش داشته باشد در نتیجه دسترسی مردم به خدمات سلامتی محدودتر شده و به دلیل عدم توانایی مردم در پرداخت هزینه‌های سلامتی، عده بیش‌تری به سمت فقر سوق داده می‌شوند

همچنین با افزایش سهم خانوار در تأمین هزینه‌های سلامتی و ورود بی‌رویه دستگاه‌های اجرایی و شرکت‌های دولتی در ارائه خدمات سلامتی پیش‌بینی می‌شود در آینده سهم کم‌تری از کل منابع بخش سلامت به وسیله سازمان‌های بیمه‌گر مدیریت شده، و در نتیجه کاهش منابع، سطح کیفی پایین‌تری از خدمات به وسیله سازمان‌های بیمه‌گر ارائه شده و این سیکل معیوب در نتیجه به نابودی سیستم بیمه درمان کشور منجر می‌شود

۱-ê

- فقدان نظام اطلاعات و آمار مناسب درباره منابع مالی و حساب‌های ملی سلامت،
- بالا بودن نسبی درصد خانوارهای آسیب‌پذیر در جامعه،
- فقدان نظام ارجاع و عدم شکل‌گیری الگوی مناسب دریافت خدمات سلامتی در نظام بیمه درمان،
- دولتی بودن سازمان‌های بیمه‌گر،
- وابستگی سازمان‌های بیمه‌گر به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (تولیدکننده و خریدار در یک واحد)،
- ساختار نامناسب شورای عالی بیمه و عدم عضویت عرضه‌کنندگان اصلی خدمات در آن،
- عدم تناسب رشد تعرفه‌ها با شاخص قیمت‌ها و نیز عدم تناسب تعرفه‌ها در خدمات سلامتی (پزشک، دارو، خدمات تشخیصی، بیمارستانی...) و عدم تناسب تعرفه در تخصص‌های مختلف (قلب، چشم، داخلی، سوختگی و...)،
- وابستگی شدید سازمان‌های بیمه‌گر به منابع عمومی و فقدان پشتوانه مالی لازم برای تأمین خدمات مصرف‌کنندگان آتی،
- عدم توانایی دولت در تأمین منابع، هم‌زمان با افزایش سریع هزینه‌های خدمات درمانی به واسطه استفاده از فناوری و داروهای جدید، افزایش فرهنگ مصرف خدمات سلامتی و...،

- کمبود نیروی متخصص در زمینه اقتصاد بهداشت و بیمه،
- درگیری دستگاه‌های دولتی غیرمستول در ارائه خدمات سلامتی،
- فقدان ساختار و کادر کارشناسی قوی تصمیم‌ساز در شورای عالی بیمه درمان

۱.

۱-è

آموزش علوم پزشکی کشور در ۲۵ سال گذشته توسعه کمی قابل ملاحظه‌ای داشته است و از طریق گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی و راه‌اندازی برنامه‌های آموزشی، منجر به اعطای مدرک جدید شده و با استفاده از حداکثر ظرفیت آموزشی، توانسته کمبود ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را در سطح کشور، تا حد بالایی برطرف کند حداکثر رشد کمی در آموزش پزشکی، بین سال‌های ۱۳۷۳-۱۳۶۳ رخ داد و پس از آن و با بروز نگرانی در افزایش بی‌حد تعداد پزشکان، از این سرعت کاسته شد با وجود این، در ۱۰ سال گذشته، بیش از ۶۰٬۰۰۰ پزشک جدید وارد بازار کار شده‌اند و در مدت ۶ سال تعداد پزشکان عمومی ۲ برابر شد افزایش دانشجویان پزشکی، تأسیس دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشگاه‌های جدید که بعضاً فاقد شرایط اولیه بودند و ادغام صورت گرفته در سال ۱۳۶۴ و اضافه شدن تعداد قابل توجهی از متخصصین وزارت بهداشت سابق به کادر هیأت علمی دانشگاه‌ها و معطوف شدن توجه مدیران دانشگاهی در آموزش به خدمات سلامت، موجب بروز نگرانی‌هایی درباره کیفیت آموزش علوم پزشکی شده است و در مجموع می‌توان گفت که توسعه کیفی آموزش به موازات توسعه کمی آن نبوده است برای مثال در حال حاضر قسمت عمده آموزش علوم پایه پزشکی، به‌صورت سخنرانی و در کلاس درس به‌گونه‌ای ادغام نیافته صورت می‌گیرد؛ آموزش نظری علوم بالینی با تأکید بر بیماری‌ها و به‌صورت سخنرانی در کلاس‌های درس بزرگ‌تر است اما آموزش تجربی علوم بالینی عمدتاً در بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی صورت می‌پذیرد؛ بخش محوری برنامه‌های آموزشی مشخص نیست و برنامه‌ها انعطاف‌پذیری ندارند؛ نظارت مرکزی بر اجرای برنامه در سطوح دانشکده‌های مختلف بسیار ضعیف است؛ از نظر محتوی و روش ارائه، خودمختاری زیادی در سطح بخش‌ها و دپارتمان‌ها وجود دارد؛ به مفاهیم بین‌رشته‌ای مانند مهارت‌های ارتباطی، اخلاق پزشکی، مفاهیم حرفه‌ای، اجتماعی، انسانی و قانونی توجه اندکی می‌شود؛ تأکید زیادی بر طب

درمانگر^۱ صورت می‌گیرد و به طب تسکینی^۲ و پیشگیرانه^۳ توجه اندکی می‌شود؛ به ارتباط و آموزش بین حرفه‌ای توجه نشده است؛ ارزشیابی دانشجویان عمدتاً در سطوح محفوظات ذهنی بوده و بر ارزیابی مهارت‌های عالی فکری، توانایی‌ها و عملکرد دانشجویان تأکید نمی‌شود؛ آموزش تخصصی و فوق تخصصی از نظر کمی و کیفی، به گونه‌ای نامتناسب با آموزش عمومی رشد کرده است؛ و در این میان، به کیفیت آموزش ارائه شده به وسیله اعضای هیأت علمی توجه اندکی می‌شود و در فرایند ارتقای آنان، این موضوع معمولاً در نظر گرفته نمی‌شود

آموزش پزشکی به لحاظ ماهیتی در کشور ما اشکالات متعددی دارد که آن را از حالت کاربردی خارج کرده است در تمام دنیا در کنار آموزش علم پزشکی مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه که پزشک باید به آن اشراف داشته باشد آموزش داده می‌شود اما در ایران اصلاً به این مسأله وارد نمی‌شوند ولی در ایران مهم‌ترین عیب آموزش پزشکی بی‌توجهی به کرامت انسان‌هاست و متأسفانه به بهانه آموزش، سلامت، شأن و کرامت انسان‌ها به بازی گرفته می‌شود

آموزش پزشکی برخلاف بسیاری از رشته‌ها درس کارگاهی نیست و آموزش آن بر روی انسان‌ها انجام می‌گیرد و باید کرامت و سلامت انسانی در این بین رعایت شود و نباید به بهانه آموزش خسارتی به جسم و روحشان وارد شود

شاید ذکر این نکته ضروری باشد که نظام آموزش پزشکی در ایران برگرفته از الگوی نیم‌قرن پیش امریکاست که در آن زمان انسان‌ها بر حسب نژاد و رنگ پوست طبقه‌بندی می‌شدند و در مراکز آموزشی رنگین‌پوستان به دلیل این که رایگان درمان می‌شدند عملاً به عنوان کالای آموزشی مورد استفاده قرار می‌گرفتند اما حتی در امریکا سال‌هاست که این روش منسوخ شده است امروزه در کشورهای غربی این مسأله به خوبی مورد توجه قرار گرفته و حفظ شأن انسان‌ها در درجه نخست اهمیت قرار دارد؛ اما متأسفانه در کشور ما که به لحاظ اعتقادی انسان را اشرف مخلوقات می‌دانیم این موضوع به دست فراموشی سپرده شده است

اساتید و مربیان آموزش پزشکی ما، انگیزه‌های لازم را ندارند و به این دلیل به خصوص در مواقع اورژانس و اوقات غیراداری عملاً سرنوشت انسان‌ها به دست کادر آموزش گیرنده‌ای

-
۱. Curative
 ۲. Palliative
 ۳. Preventive

سپرده می‌شود که فاقد اطلاعات و مهارت‌های لازم هستند ضمن این‌که رزیدنت‌های ارشد نیز به دلیل مشکلات معیشتی و اجبار به امتحانات تئوری متعدد عملاً در مواقع ضروری بر بالین بیمار حضور کافی ندارند

۱-۴

ادامه این جریان، به سبب اشباع بازار کار و ابهام در آینده شغلی و بی‌توجهی نظام دانشگاهی به کیفیت آموزش، موجب کاهش انگیزه اساتید برای ارائه آموزش کیفی و کاهش انگیزه دانشجویان برای تلاش و یادگیری خواهد شد؛ دانشگاه‌ها و دانشکده‌های متعدد، تحت فشار سیاسی موجود، کماکان به تربیت دانشجویان اگرچه به تعداد کم‌تر ادامه خواهند داد، بنابراین از یکسو، بر تقاضای کار نیروی انسانی افزوده خواهد شد و از سوی دیگر، با آموزش تعداد بیش‌تری از دانشجویان در مراکز متعدد، از کارایی نظام آموزش کاسته خواهد شد؛ با افزایش تفاوت درآمد میان بخش دولتی و بخش خصوصی، اساتید دانشگاه انگیزه کم‌تری برای فعالیت آکادمیک خواهند داشت و اشباع بیش از پیش بازار کار و درآمدهای غیرواقعی پزشکان، جریان مهاجرت پزشکان را از کشور تسریع خواهد کرد

۱-۵

- عدم توجه به کرامت انسانی در آموزش پزشکی،
- عدم تلاش برای تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای واقعی جامعه،
- ضعف در سیاستگذاری‌های کلان آموزش علوم پزشکی به سبب تعدد مراجع سیاستگذار و فقدان گروه‌ها و نهادهای تصمیم‌ساز،
- عدم وجود نظام حاکمیت آموزش (استانداردهای تنظیمی، نظام پایشی، اعتباربخشی برنامه‌ها و مؤسسات و...) در سطح وزارت،
- عدم وجود انگیزه کافی برای آموزش در بین اساتید،
- توجه و ارزشگذاری ناکافی بر فعالیت‌های آموزشی اعضای هیأت علمی (در مقابل فعالیت‌های پژوهشی و درمانی)،
- غفلت از کیفیت آموزش و در نظر نگرفتن راهبردهای ارتقای کیفیت در آموزش پزشکی،
- عدم انطباق برنامه‌های درسی با نیازهای فردی و اجتماعی، بازار کار و تحولات جهانی،
- اثربخشی اندک نظام آموزش مداوم در کشور

۱-۱

۱-۲

منظور از خدمات بالینی مجموعه اقداماتی است که برای تشخیص، مراقبت، اداره، درمان و بازتوانی بیماران انجام می‌گیرد رسالت خدمات بالینی عبارت است از تأمین موجبات دسترسی پایدار، عادلانه و بهنگام آحاد جامعه به خدمات تشخیصی، درمانی و بازتوانی مناسب به منظور حفظ، اعاده و ارتقای سلامت افراد جامعه

در حال حاضر در کشور ۷۳۸ بیمارستان فعال وجود دارد (۶۱۶ مرکز دولتی و ۱۲۲ بیمارستان بخش خصوصی). در این بیمارستان‌ها ۱۱۲۵۹۰ تخت وجود دارد که ۱۲۲۰۴ تخت در بخش خصوصی و ۱۰۰۳۸۶ تخت در بخش دولتی واقع شده است در ضمن ۷۳۴۵ مرکز بهداشتی درمانی (شامل کلینیک، پلی کلینیک و درمانگاه) در کشور مشغول فعالیت هستند که حدود ۵۰۰ مرکز به صورت خصوصی اداره می‌شوند در مجموع در کشور ۶۳۸۰ داروخانه، ۴۱۲۶ آزمایشگاه و ۲۰۴۶ مرکز رادیولوژی مشغول به فعالیت هستند^۱ متأسفانه در حال حاضر مراکز درمانی ما فاقد کارایی است، ضریب اشغال تخت در مراکز درمانی زیر ۵۰ درصد بوده و درمان سرپایی نیز با مشکلات بسیاری مواجه است، این مسائل در مجموع ارائه خدمات بالینی را با مشکل مواجه کرده است

۱-۳

اگر وضع موجود در زمینه خدمات بالینی به همین صورت تداوم یابد، ضمن افزایش هزینه‌های دولتی با تشدید نابرابری در دسترسی به خدمات درمانی و کاهش کیفیت ارائه خدمات روبه‌رو خواهیم شد از سوی دیگر افزایش تخصص‌گرایی و در نتیجه افزایش هزینه‌های درمانی موجب افزایش ایجاد کسری در منابع اعتباری سازمان‌های بیمه‌گر خواهد شد ضمن این‌که کاهش سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در بخش درمان و افزایش بیکاری نیروهای آموزش دیده از عواقب اجتناب‌ناپذیر ادامه وضعیت فعلی است

۱-۴

۱. سالنامه آماری، دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳.

- ناظر و مجری در ارائه خدمات یکی است و در عمل هیچ نظارتی صورت نمی‌گیرد؛
- پزشکان به‌عنوان رکن اصلی، مراکز دولتی را محل کار جدی خود نمی‌دانند؛
- اداره‌کنندگان مراکز درمانی دولتی امنیت اداری ندارند و سلسله مراتب اداری و شغلی بر اساس شایسته سالاری نیست؛
- به‌رغم هزینه‌های سنگین مراکز درمانی دولتی به‌علت پایین بودن کارایی مراکز، کارکنان درآمد معقول ندارند؛
- اداره مراکز درمانی دولتی به‌دست شاغلین بخش خصوصی (رقیب) است که انگیزه‌ای برای افزایش کارایی مراکز و رضایت مراجعه‌کنندگان ندارند زیرا درآمد این خدمات در بخش خصوصی چند ده برابر است؛
- حیثیت علمی، اجتماعی مراکز درمانی دولتی به‌منزله حیثیت کارکنان و اداره‌کنندگان مرکز نیست؛
- افزایش هزینه‌ها، استهلاک تجهیزات و همچنین کاهش درآمدها در مراکز درمانی دولتی اثر جدی بر درآمد کارکنان ندارد؛
- سیاست و راهبرد واحد در مورد واگذاری امور به بخش خصوصی وجود ندارد؛
- سیاست‌های مشخص در تفویض اختیارات مدیریتی وجود ندارد؛
- یکپارچگی صحیح در ساختار درمانی، آموزشی و پژوهشی وجود ندارد؛
- نظام دولتی، خود را پاسخگو نمی‌داند؛
- مراکز متعدد تصمیم‌گیری درون‌بخشی و برون‌بخشی وجود دارد؛
- سیستم‌های پایش و ارزشیابی به‌شدت ناکارآمد است؛
- انگیزه کافی برای کنترل و کاهش هزینه‌ها وجود ندارد؛
- حق بیمه سرانه و تعرفه خدمات غیرواقعی است؛
- سهم درمان در سبد هزینه خانوار پایین است؛
- انگیزه، توان فنی و مسئولیت‌پذیری در مدیریت بخش دولتی سلامت وجود ندارد؛
- منابع مالی بخش درمان به شکل صحیح هدایت نمی‌شود

·i

·i - è

مسئولیت کفایت تأمین، نظارت بر تولید، واردات و صادرات دارو و همچنین نظارت بر ایمنی

تولیدات مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی به‌عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است در حال حاضر با فعالیت بیش از ۵۵ شرکت کوچک و بزرگ تولید دارو حدود ۹۷ درصد داروهای مورد نیاز در کشور تولید و ۳ درصد باقیمانده نیز از طریق ۵۰ شرکت وارد کننده خصوصی و ۴ شرکت متعلق به دولت یا نهادهای عمومی تأمین می‌شود براساس آخرین آمار در حدود ۲۳ میلیارد عدد دارو در سال مصرف می‌شود سهم سرانه دارو در کشور ۱۱ دلار است مصرف سرانه دارو در سال ۱۳۸۳، ۳۰۵ عدد بوده است لازم به ذکر است رشد بیش از ۳۷ درصد در مصرف عددی داروهای کشور در دهه گذشته رقم مصرف را به میزان فعلی رسانده است^۱

جدول ۱. شاخص‌های دارویی کشور در سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۶۸

واحد شاخص	۱۳۶۸	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱
تعداد کل دارو	میلیارد عدد	۱۱۲	۱۴۵	۱۶۲	۱۶۳	۱۶۷	۱۸۶	۱۹۷
تعداد داروهای تولید داخل	میلیارد عدد	۱۰۷	۱۴	۱۵۵	۱۵۷	۱۶۱	۱۷۹	۱۹۵
تعداد داروهای وارداتی	میلیون عدد	۵۶۲	تقریباً ۵۰۰	تقریباً ۷۰۰	تقریباً ۶۰۰	۵۵۶	۷۱۳	۹۶۳
ارزش داروهای تولید داخل	میلیارد ریال	۱۰۸۶	-	-	-	۲۱۹۹	۲۸۱۲	۳۶۶۳
ارزش داروهای وارداتی	میلیارد ریال	۱۲۸	-	-	-	۳۴۸	۵۸۸	۷۷۰

منبع گزارش ربع قرن عملکرد نظام جمهوری اسلامی ایران، ناشر سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، سال ۱۳۸۳.

۱-۶

در صورت ادامه وضع فعلی فروش عددی دارو به‌شدت افزایش خواهد یافت ضمن این‌که شیوه‌های درمان دارویی به‌سمت داروهای گرانبه‌جا خواهد شد سن تأسیسات صنعتی و تجهیزات تحقیقاتی کشور بیش از پیش افزایش می‌یابد و هزینه‌های جانبی تولید (نرخ تورم، نرخ تسهیلات بانکی و غیره) افزایش خواهد یافت داروهای جدید به بازار عرضه می‌شوند و آگاهی جامعه و به‌ویژه جامعه پزشکی از منافع احتمالی آن‌ها که الزاماً از صرفه

۱. اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آمارنامه دارویی، ناشر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳.

مستقیم اقتصادی نیز برخوردار نیستند بالاتر می‌رود از سوی دیگر روند ورود بی‌رویه داروهای گرانقیمت خارجی باعث شده قسمت عمده یارانه دارو صرف این اقلام شود که این جریان رو به افزایش است علاوه بر این موارد در صورت ادامه روند فعلی پیوستن به سازمان تجارت جهانی، این صنعت را با دشواری‌های بسیاری مواجه خواهد نمود

è - ì

- افزایش مصرف داروهای گرانقیمت بدون توجیه علمی،
- عدم ابتکار و نوآوری در نظام توزیع دارو،
- عدم تخصیص صحیح یارانه‌ها در بخش دارو،
- قدیمی بودن ساختمان‌های داروسازی،
- عدم انطباق تعداد اقلام تولیدی با فضای فیزیکی و تجهیزاتی موجود،
- قدیمی و مستهلک بودن ماشین‌آلات و تجهیزات،
- فرمولاسیون‌های قدیمی که برخی از آن‌ها از داروسازی دنیا حذف شده‌اند،
- حذف شدن برخی اقلام از پروتکل‌های درمانی، در حالی که در ایران هنوز نسبت به ساخت و تجویز آن اقدام می‌شود،
- قدیمی بودن تکنولوژی‌های ساخت و تهیه داروها،
- مدرن نبودن روش‌های کنترلی اقلام دارویی،
- تهیه مواد اولیه و بسته‌بندی از منابع با کیفیت پایین به دلیل ارزانی آنها با توجه به این‌که در محدوده فارماکوپه‌ها هستند،
- عدم رعایت شرایط نگهداری داروها در نزد توزیع‌کننده، داروخانه و مصرف‌کننده،
- به‌وجود آمدن مقاومت‌های میکروبی به دلیل تجویز و مصرف غیرمنطقی داروها

ð

è - ð

به‌رغم رشد چشمگیر در فارغ‌التحصیلان دارای تحصیلات عالی دانشگاهی، پژوهش در بخش

۱. اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وضعیت نوسازی صنایع داروسازی ایران

سلامت از رشد کمی و کیفی مناسبی برخوردار نبوده است سهم پژوهش از تولید ناخالص ملی در کشور، حدود ۰.۵ درصد است و از کشورهایی مانند پاکستان و اوگاندا هم کم‌تر است البته رشد تعداد مقالات منتشر شده در مجلات داخلی قابل ملاحظه بوده است برای مثال، از حدود ۱۰۰۰ مقاله پزشکی منتشر شده در بیست سال اخیر، بیش از ۸۰ درصد در ۱۰ سال و حدود ۵۰ درصد در ۵ سال اخیر منتشر شده است؛ همچنین تعداد مقالات ایرانی ثبت شده در مدلاین^۱ بین سال‌های ۲۰۰۱-۱۹۹۹ از ۱۷۰ به ۳۵۰ مقاله افزایش پیدا کرده است در حال حاضر نقش فعالیت‌های پژوهشی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی در ارزشیابی آنان برای ارتقا افزایش یافته ولی تلاش به سمت ارتقای کیفیت پایان‌نامه‌های فارغ‌التحصیلان علوم پزشکی، با موفقیت زیادی همراه نبوده است کشور ما در سال ۲۰۰۱ با حدود ۱ درصد از جمعیت جهان حدود ۰.۵ درصد از مقالات منتشر شده در جهان و ۰.۷ درصد از مقالات جدید ثبت و ارجاع شده در مدلاین را به خود اختصاص داده است که نشان می‌دهد برای دستیابی به جایگاه مناسب در تولید دانش سلامت در جهان، حجم مقالات با کیفیت بالا در کشور ما حداقل باید ۱۵ الی ۲۰ برابر افزایش پیدا کند مقالات ترکیبی^۲ مانند مرورهای نظام‌مند، فرابرسی‌ها و راهکارهای طبابت بالینی، سهم بسیار اندکی را از کل مقالات در کشور تشکیل می‌دهند که نشان می‌دهد استفاده نظام‌مند از دانش تولید شده در سطح جهان برای ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده در کشور، با بی‌توجهی مواجه بوده است در حال حاضر بیش از ۹۹ درصد از بودجه پژوهش در بخش سلامت به وسیله دولت تأمین می‌شود در حالی که این رقم در کشورهای پیشرفته کم‌تر از ۲۰ درصد است مشارکت بخش خصوصی موجب رونق پژوهش و تضمین‌کننده استفاده اقتصادی از نتایج پژوهش است

سرانه بودجه پژوهش پزشکی در سطح کشور، کم‌تر از ۰.۴ دلار به ازای هر شهروند ایرانی است در حالی که این میزان در کشور آمریکا حدود ۲۶۰ دلار به ازای هر شهروند آمریکایی است

اولویت‌های پژوهشی کشور با توجه به این که حداقل سه بار به وسیله کمیسیون پزشکی شورای پژوهش‌های علمی کشور تعیین و مورد بازنگری قرار گرفته است، به سبب عدم وجود نظام حاکمیت پژوهش، از نظر هدایت پژوهش‌های صورت گرفته در کشور برحسب نیازها و

۱. Medline

۲. Synthetic

اولویت‌های ملی توفیق اندکی داشته‌ایم

• ۵-۵

از نظر کمی در سال ۲۰۰۱، تعداد مقالات ایرانی ثبت شده در مدلاین با ۴۰ درصد افزایش نسبت به سال قبل به ۳۵۰ مقاله رسیده، اگر این جریان با همین شتاب ادامه یابد، تعداد مقالات ایرانی ثبت شده در مدلاین در سال ۲۰۰۷ به بیش از ۲۶۰۰ مقاله خواهد رسید و با در نظر گرفتن رشد سالانه ۱۲ درصدی مقالات جدید ثبت شده در مدلاین، تعداد مقالات جدید در سال ۲۰۰۷ به بیش از ۹۷۰۰ مقاله افزایش خواهد یافت و به این ترتیب، سهم ما از مقالات جدید ثبت شده، به ۰.۸ درصد خواهد رسید که اگرچه از وضعیت فعلی به مراتب بهتر است، ولی کماکان از حد مطلوب فاصله زیادی دارد اما موضوع مهم‌تر از کمیت مطالعات، میزان تناسب موضوعی مطالعات انجام شده با مشکلات شایع کشور و نیز در نظر گرفته شدن نتایج مطالعات در ارتقای کیفیت مداخلات است که با در نظر گرفتن ضعف شدید در بخش سیاستگذاری و مدیریت راهبردی پژوهشی در کشور، در صورت ادامه وضع موجود، در آینده نیز بخش عمده‌ای از مطالعات، بدون تناسب با نیازهای کشور خواهد بود و بخش بزرگ‌تری از آن به‌عهده کتابخانه‌ها باقی خواهد ماند

• ۵-۶

- ضعف در سیاستگذاری‌های کلان پژوهش در بخش سلامت،
- فقدان نظام اولویت‌گذاری پژوهش در بخش سلامت،
- عدم وجود ارتباط شبکه‌ای بین پژوهشگران و واحدهای پژوهشی،
- ضعف شدید در زیرساخت‌های پایدار پژوهش در کشور،
- فقدان قابلیت‌های پژوهش در سطوح مختلف (متدلوژی، دسترسی به منابع، نگارش مقاله به زبان انگلیسی)،
- مشارکت اندک جامعه در امر پژوهش در بخش سلامت،
- فقدان نظام ثبت حقوق معنوی و مالکیت فکری،
- فقدان سازوکار نیازسنجی پژوهش و به‌تبع آن، عدم تطابق پژوهش‌های موجود با نیازهای کشور،

- سهم ناچیز پژوهش از تولید ناخالص ملی (GNP)^۱،
- شفاف نبودن نقش و جایگاه سازمان‌ها و مؤسسات و نهادهای مختلف نظام پژوهش در بخش سلامت،
- ظرفیت اندک نیروی انسانی در بخش پژوهش،
- عدم مشارکت بخش خصوصی در تأمین بودجه تحقیقات

•èç

•èç-è

بازار حدود ۷۰ میلیارد دلاری مراقبت‌های سلامت از سوی جمعیتی بالغ بر ۳۰۰ میلیون نفر در منطقه ایجاد می‌شود که به دلیل قرابت‌های فراوان فرهنگی و جغرافیایی با کشورمان ظرفیت‌های بالقوه‌ای را برای حضور اثربخش ارائه‌کنندگان خدمات و محصولات سلامت کشورمان در منطقه ایجاد می‌کند و در عین حال توسعه کمی قابل ملاحظه آموزش علوم پزشکی کشور در سطوح تخصصی و فوق تخصصی و راه‌اندازی مراکز تحقیقاتی متعدد می‌تواند پتانسیلی عظیم برای حضور اثربخش در این بازار تلقی شود در کنار این امور باید به‌خاطر داشت که با جریان تغییرات دموگرافیک کشور از یکسو و فارغ‌التحصیل شدن تعداد کثیری از دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی از سوی دیگر، چنانچه تغییر پیش‌بینی نشده‌ای در گذار بیماری‌های نوپدید و بازپدید پیش نیاید، برآورد می‌شود که در کشور تا پایان برنامه چهارم، بازار داخلی سلامت با بیش از ۲۰۰۰۰ پزشک عمومی و متخصص بیکار مواجه می‌شود

•èç-é

ادامه این جریان به اشباع بازار کار داخلی و ابهام در آینده شغلی، روند مهاجرت بی‌برنامه و بی‌فایده پزشکان را، بدون فایده برای توسعه کشور دامن خواهد زد در عین حال نبود یک چشم‌انداز روشن و نه‌چندان دور از ذهن و دسترس برای بخش منجر به دلسردی در این بخش و سایر بخش‌ها خواهد داشت کمبود منابع داخلی برای جبران استهلاک سرمایه‌گذاری‌های صورت گرفته در امور زیربنایی خدمات سلامت و نیز رقابت‌های فشرده‌ای

۱. Gross Nation Product

که از سوی برخی کشورهای منطقه برای کسب بازار خدمات سلامت منطقه شکل گرفته، باعث شده تا موقعیت کنونی بسیار حساس شود و طبعاً ادامه مسیر کنونی به‌زودی بحران‌های پیچیده‌ای را به‌دنبال خواهد داشت

•èç-ê

- مشکلات ناشی از عدم رویکرد به پزشکی بر مبنای شواهد و متعاقباً کیفیت پایین خدمات سلامت ارائه شده و گسترش روزافزون خطاهای پزشکی،
- عدم وجود نظام بازاریابی سازمان یافته برای خدمات سلامت ارائه شده،
- سازمان یافته نبودن نظام شناسایی مراقبت‌های قابل ارائه در سطح منطقه،
- انحراف منابع داخلی به سمت مراقبت از افراد خارجی،
- مهاجرت نخبگان و دانش آموختگان علوم پزشکی،
- گسترش استفاده از مداخلات غیرهزینه‌ای اثربخش،
- گسترش احتمالی بی‌عدالتی در توزیع و استفاده از خدمات سلامت

تغییر در روش زندگی و کار انسان آثار فراوانی بر سلامت او بر جای می‌گذارد و این امر منجر به تغییر الگوی بیماری و مرگ گردیده که گذر سلامتی نامیده می‌شود در بسیاری از کشورهای جهان تا درجه‌ای که از این گذر تاریخی متأثرند، تغییرات اپیدمیولوژیکی حادث شده که شامل تغییر هرم سنی جمعیت به سمت سالخوردگی، تغییر الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های مزمن و حوادث و... می‌شود که به همراه پیدایش فناوری‌های نوین و گرانتقیمت باعث تقاضاهایی جدید شده و در نتیجه پیشرفت روزافزون تجهیزات پزشکی و تأثیر مستقیم آن بر امر سلامت و افزایش بی‌سابقه هزینه در بخش سلامت را باعث شده است

علاوه بر این، کشور ما از نظر مخاطرات سلامت بار مضاعفی را به‌دوش می‌کشد که در واقع به‌علت گذر سلامتی است که بخشی از آن ناشی از توسعه نیافتگی و بخشی دیگر مربوط به جوامع توسعه یافته است. بخشی از این عوامل به‌شرح زیر هستند:

مردم ما با فقر، روش‌های غیربهداشتی دفع فاضلاب و مواد زائد، دود ناشی از سوخت‌های جامد در محیط‌های بسته، مصرف دخانیات، روابط جنسی غیرایمن و مشکلات تغذیه‌ای ناشی از کمبود دریافت انرژی، ویتامین و املاح (ویتامین آ، دی، آهن و روی) روبه‌رو هستند و،

بدخوری و بیش خواری که آنان را به اضافه وزن، چاقی، پرفشاری خون مبتلا کرده زمینه را برای ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی مهیا می‌کند خطرات ناشی از پرفشاری خون و کلسترول بالا که ارتباط مستقیمی با افزایش حملات قلبی و سکته‌های مغزی دارند و با مصرف غذاهای پرچرب، پرنمک و شیرین نیز مرتبط هستند هر روز تهدید کننده‌تر به نظر می‌رسند وقتی این خطرات با نیروهای مرگبار دخانیات و الکل عجین شوند، خطرناک‌تر هم می‌شوند افزایش وزن و چاقی که نتیجهٔ ازدیاد مصرف مواد غذایی و کمبود فعالیت فیزیکی است نیز به‌خودی خود خطر جدید و عمده‌ای برای سلامت محسوب می‌شود که بر گستردگی مخاطرات می‌افزایند البته بیماری‌های نوپدید (ایدز و سارس و...) و بیماری‌های بازپدید (سل و مالاریا) نیز به‌نوبه خود باعث افزایش مخاطرات و بالطبع هزینه‌ها می‌گردند

از سوی دیگر ایران جزو ۱۰ کشور بلاخیز دنیاست و از ۴۲ نوع بلایای طبیعی شناخته شده در جهان، ۳۳ نوع آن در کشور ما به‌وقوع می‌پیوندد از جمله بلایای عمدهٔ کشور ما سیل، زلزله و خشکسالی هستند براساس آمار موجود در ایران در ۱۰ سال گذشته بیش از ۱۶۰،۰۰۰ نفر بر اثر بلایا کشته شده‌اند که از این میزان ۷۶ درصد بر اثر زلزله و ۶ درصد بر اثر سیل و ۱۸ درصد بر اثر سایر بلایا بوده است. حوادث ترافیکی و جاده‌ای با میزان مرگ ۳۵ درصد در هزارنفر، عامل مرگ ۲۲۵۱۲ نفر بوده است که این حوادث به تنهایی ۱۶ درصد از سال‌های زندگی از دست رفته را سبب می‌شوند فشار ناشی از این عوامل بار سنگینی بر نظام سلامت تحمیل می‌کند

پاسخ گفتن به نیاز موجود در جامعه، وظیفه و مأموریت اصلی همه سازمان‌هایی است که برای ارائه خدمات پا می‌گیرند بیرون از این سازمان‌ها، عوامل بسیاری سبب تغییر حجم و نوع نیاز در جامعه می‌شود مطلوب آن است که هر سازمان از چنان ساختار پویا و انعطاف‌پذیری برخوردار باشد که با دریافت پیام‌های تغییر از محیط، خود تغییر یابد و از این راه هماهنگی پیوسته خویش را با تغییرات محیط فراهم کند اغلب این‌گونه نیست و سازمان‌ها، به‌ویژه در جامعه‌های سنتی، از این حالت فاصلهٔ بسیاری دارند ناگزیر میان نیازهای جامعه و خدماتی که قرار است سازمان‌ها آمادهٔ ارائهٔ آنها باشند فاصله می‌افتد و به‌همین دلیل نه گیرندگان خدمات و نه حتی خود سازمان از کاری که صورت می‌گیرد و خدماتی که ارائه می‌شود احساس رضایت نمی‌کنند این وضعیت گریبانگیر نظام سلامت ما نیز شده است فاصله گرفتن از مدیریت نوین و اصرار بر حفظ ساختارهای قبلی موجب شده وضعیت سلامت جامعه با مخاطرات گوناگونی مواجه شود اصلاح ساختار فعلی نظام سلامت

کشور که موجب بروز چالش‌های فعلی است اجتناب‌ناپذیر بوده و به‌نظر می‌رسد انجام این کار صرف‌نظر از ضرورت آن، نیاز به عزمی جدی دارد



۱. اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، «وضعیت نوسازی صنایع داروسازی ایران».
۲. اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، «آمارنامه دارویی»، ناشر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۸۳.
۳. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، «گزارش ربع قرن عملکرد نظام جمهوری اسلامی ایران»، ناشر سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، سال ۱۳۸۳.
۴. رضوی، سید معاون «گزارش عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت»، ناشر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۸۴.
۵. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
۶. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، «سیمای سلامت»، نشر تیلور، آذر ماه ۱۳۸۱.
۷. سازمان بهداشت جهانی، «گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰»، ترجمه علی‌رضا احمدوند و همکاران، ناشر مؤسسه فرهنگی ابن‌سینای بزرگ، سال ۱۳۸۲.
۸. مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، «مجموعه مقالات همایش چالش‌ها و چشم‌اندازهای توسعه ایران»، سال ۱۳۸۱.
۹. نقوی، محسن مطالعه «تعیین الگوی بهره‌مندی جمعیت ساکن در جمهوری اسلامی ایران از خدمات سلامتی» مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت، ناشر دبیرخانه تحقیقات کاربردی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اسفند ۱۳۸۱.
۱۰. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، «مجموعه مقالات ارائه شده در چهل و هفتمین اجلاس رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی»، معاونت امور هماهنگی، مجامع، شوراها و هیأت‌های امناء وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۸۲.
۱۱. «سالنامه آماری»، دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال‌های ۱۳۷۹ الی ۱۳۸۳.