

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تابستان ۱۳۹۲

بسمه تعالی

استاد ارجمند جناب آقای دکتر حسن هاشمی

با سلام و تبریک صمیمانه عید سعید فطر و همچنین به مناسبت حسن اعتماد ریاست محترم جمهوری در معرفی جنابعالی به نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی وظیفه خود می دانم بخشی از اطلاعات و تجارب علمی و اجتماعی ام را که در طول ۱۵ سال اقامت در اروپای مرکزی و همچنین یافته های اجرایی پس از برگشت به ایران در سال ۱۳۵۸ و فعالیت ۳۳ سال در مسئولیتهای مختلف آموزشی، بهداشتی، درمانی، اجرایی، بیمه ای و پژوهشی بانضمام توفیق خدمت چند ماهه اخیر در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جمع آوری و به عنوان **دستاوردی ناچیز** خدمت جنابعالی تقدیم نمایم. با این امید که به لطف و فضل پروردگار و به شکرانه نعمات بیکران الهی، جزء بسیار کوچک و ذره ای از دین و تکلیف ناشی از زندگی افتخارآمیز در فضای عطرآگین جمهوری اسلامی حاصل از خون شهداء که بر گردن دارم را ادا کرده باشم.

دکتر محمد حسن طریقت منفرد

وزیر



تبیین وضع موجود

طی سه دهه گذشته ساختارهای سلامت در کشور به صورت نظام مندی شکل گرفته و با راهبرد مراقبت های اولیه بهداشتی، بویژه در مناطق روستایی پیشرفتهای چشمگیری در وضعیت سلامت مردم به دست آمده است. بخش سلامت در کشور در طی این سالها اصلاحات عمده ای چون **استقرار شبکه های بهداشت و درمان از سال ۱۳۶۴، کنترل بیماریهای عفونی، ایجاد بیمه همگانی خدمات درمانی از سال ۱۳۷۴ و سرانجام استقرار بیمه روستاییان و عشایر را تجربه کرده است** که هر کدام درجات متفاوتی از موفقیت را به همراه داشته اند.

تبیین وضع موجود (ادامه)

در این ارتباط میتوان به **بهبود شاخص امید به زندگی**، کاهش ۹۰ درصدی مرگ و میر مادران باردار و **کاهش ۷۵ درصدی مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال**، افزایش پوشش **واکسیناسیون به بالای ۹۵ درصد**، پیشرفت در عرصه درمان های پیچیده مانند **پیوند اعضا و سلول های بنیادی** در حد موفق ترین کشورهای جهان و یا تولید اکثر داروها و تجهیزات پزشکی مورد نیاز کشور در داخل به عنوان برخی موفقیت های نظام سلامت اشاره کرد.

به یمن انقلاب اسلامی و برکت خون شهداء و هدایت و حمایت حاکمیت
و همت مردم، **بخش بهداشت و درمان بعنوان حیاتی ترین نیاز جامعه**
مناسبتین آمادگی را جهت پاسخگویی به مطالبات به حق مردم پیدا
نموده، حدود ۱۲۰ هزار نفر پزشک، بیش از ۲۵۰ هزار نفر پیراپزشک،
۱۲۰ هزار تخت بیمارستانی، ۲۰ هزار خانه بهداشت و بیش از ۱۰ هزار
مرکز بهداشتی-درمانی سرپایی در ۴۹ دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی
در کنار میلیاردها ریال اعتبارات عمومی و بیمه ای همراه با پیشرفتهای
علمی و تکنیکی از تواناییها و ظرفیت های نظام سلامت در کشور است.

علیرغم وجود ظرفیتهای یاد شده و **زحمات دلسوزانه مسئولین**، متأسفانه ارائه خدمات فعلی بهداشت و درمان در شأن جمهوری اسلامی و امت شهیدپرور ایران نیست. طبق آمارهای اعلام شده در سال ۱۳۹۰ **بیش از ۴۰ هزار میلیارد تومان** در بخش بهداشت و درمان هزینه شده است. از این مقدار سهم اعتبارات عمومی و بیمه های درمانی حدود ۱۵ هزار میلیارد تومان برآورد گردیده و حدود ۲۵ هزار میلیارد تومان توسط مردم پرداخت شده است. این در حالیست که علیرغم تحمل این بار سنگین مالی، مردم خدمات درمانی مورد نیاز خود را بموقع و بصورت مطلوب دریافت نکرده و کرامت انسانی آنها رعایت نگردیده و لذا **رضایت خاطر آنها فراهم نشده است.**

گر چه تخصیص اعتبارات در بخش سلامت نوعی سرمایه گذاری تلقی می گردد و **افزایش هر چه بیشتر** آن همواره سلامت

انسان سالم را به عنوان محور توسعه تضمین می نماید ولی نکته قابل توجه این است که مشکل بخش سلامت **صرفاً** کمبود

اعتبارات مالی نبوده و نیست و تا مادامی که ظرف هزینه های بهداشت و درمان از کف بسته ای برخوردار نباشد، واریز هر مقدار

مظروف در این ظرف، به ارائه خدمات مطلوب و رضایتمندی مردم منجر نخواهد شد. در طول این سالها بویژه در بازدیدها و

سفرهای استانی اخیر همواره شاهد این واقعیت تلخ بودم که مراجعه کنندگان و بیماران در بسیاری از موارد بدون معاینه بالینی

مورد نیاز، در ابتدای امر، توسط متخصصین ذیربط و عدم رعایت راهنماهای طبابت بالینی در معرض خدمات تشخیصی متعدد و

گران قیمت غیر ضروری همراه با دردسرهای فراوان واقع شده و نهایتاً با و یا بدون معاینه بالینی ترخیص شده اند و بعضاً حتی

تحت درمان های تهاجمی مضر و بی فایده همراه با هزینه های سنگین قرار گرفتند در حالی که با یک معاینه بالینی دقیق و

کامل غالباً در ابتدا حتی توسط یک طبیب عمومی با هزینه محدود و بدون تحمل درد و رنج مضاعف تعیین تکلیف می شدند این

واقعیت قسمتی از همان ظرف بی کفی است که هیچ مظروفی آن را پر نخواهد کرد، لذا اعتقاد دارم بودجه عمومی تخصیصی به

بخش سلامت و اعتبارات بیمه ای درمانی به اضافه سهم قانونی مردم از هزینه درمان (۳۰ درصد) **مجموعاً می توانست برای**

تامین خدمات درمانی مطلوب پایه با اولویت پیشگیری و مراقبتهای اولیه کافی باشد محاسبات تقریبی همراه با پیوست

شماره ۱ می تواند به عنوان سند این نتیجه گیری تلقی شود.

در **بررسی اول:** بر اساس آمارهای گردآوری شده نسبتاً دقیق، بار مراجعه بیماران بستری در طول سال **۶/۵ میلیون نفر** و مراجعه سرپایی بیماران حدود **۷۵۰ میلیون بار** گزارش گردیده است. متوسط هزینه یک بیمار بستری در برخی بیمارستانهای دولتی و عمومی که هزینه اثربخش عمل می کنند **کمتر از یک میلیون تومان** و متوسط هزینه هر بار مراجعه سرپایی **کمتر از ده هزار تومان** محاسبه شده است بنابراین جمع هزینه بیماران بستری **حدود ۶۵۰۰ میلیارد تومان** و هزینه مراجعات سرپایی **حدود ۷۵۰۰ میلیارد تومان** می گردد (پیوست شماره یک) جمعاً **حدود ۱۴۰۰۰ میلیارد تومان** و حداکثر معادل یک سوم آن نیز برای ساماندهی سایر هزینه ها نیاز می باشد.

در **بررسی دوم:** هزینه های سرپایی با شیوه دیگری قابل محاسبه است:

برای ۳۵ هزار پزشک خانواده سلامت نگر ماهانه ۱۰ میلیون تومان برای هر پزشک جهت ارائه خدمات سطح اول با اولویت پیشگیری:

۱۰ میلیون تومان \times ۳۵ هزار نفر \times ۱۲ ماه = **۴۲۰۰ میلیارد تومان**

و **۵۰۰۰ میلیارد تومان** برای دارو و پاراکلینیک سرپایی و **۱۵۰۰ میلیارد تومان** ویزیت تخصصی سرپایی (این دو رقم در بیمه های

سلامت ایرانیان و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۰ کمتر از ۳۰۰۰ میلیارد تومان بوده است).

(هزینه بیماران بستری) $۴۲۰۰ + ۵۰۰۰ + ۱۵۰۰ + ۶۵۰۰ =$ **۱۷۲۰۰ میلیارد تومان** کل هزینه های بستری و سرپایی و مابقی برای هزینه های ستادی و سایر

هزینه های بهداشتی

در حالی که جمع اعتبارات بودجه عمومی، پرداختی بیمه ها و سهم قانونی مردم (فرانشیزها) رقمی **بیش از ۲۰۰۰۰ میلیارد تومان** بوده

است، **تحمیل حدود ۲۰۰۰۰ میلیارد تومان** مابقی به مردم غالباً کم درآمد، غیر ضروری به نظر می رسد

جنابعالی استحضار دارید آسیب های اجتماعی و سیاسی ناشی از عدم دسترسی به موقع به خدمات بهداشتی درمانی که تسکین دهنده درد و رنج مردم است از سایر کمبودها جدی تر است. زیرا در سایر نیازهای روزمره مانند تغذیه امکان انتخاب و جایگزینی و صرفه جویی وجود دارد اما در حوزه درمان و زمانی که افراد و یا عزیزانشان در درد و رنج ناشی از بیماری گرفتار هستند حق انتخاب یا حتی تاخیر در اجرای دستورات پزشک را نداشته و صددرصد تسلیم فراهم کننده خدمت اند.

به همین دلیل صاحب نظران جهان معتقدند که **سرنوشت بیمار نباید در اختیار فراهم کننده خدمت قرار گیرد** و حاکمیت باید در سیاستگذاری، نظارت و تامین منابع دخالت مستقیم داشته و منافع همه آحاد مردم را در نظر داشته باشد. لذا در کشورهای پیشرو معمولاً وزیر بهداشت و درمان را از گروه پزشکی انتخاب نمی کنند. (پیوست شماره دو) در برخی کشورهای موفق در این بخش هم که وزرای بهداشت آنها از گروه پزشکی انتخاب می شوند حتماً تأکید می شود که **این پزشکان، نماینده حاکمیت و حامی کامل مردم بوده و در زمان تصدی و مدتی بعد از دوران مسئولیت در بخش خصوصی، تجارت و تولید انواع صنایع و بازار مربوط به بهداشت و درمان، فعالیت نداشته باشند که شما خوشبختانه این آمادگی را اعلام فرموده اید.**

استدلال جهان مبنی بر لزوم مدیریت نظام بهداشت و درمان توسط غیر پزشکان عبارتند از:

۱- بهداشت و درمان به علت اهمیت ویژه با مشارکت کلیه شرکای ذینفع اجتماعی بویژه مصرف کنندگان اداره می شود.

۲- پزشکان ضمن ذینفع بودن، بیماران را صددرصد در اختیار دارند و مصرف کننده امکان مداخله در عدم پذیرش یا تغییر در دستورات را از نظر کیفی، کمی و هزینه ندارد.

۳- پزشکان به لحاظ ماهیت شغلی به سرعت با **مسئولین کشور ارتباط عاطفی** برقرار نموده و از نفوذ مؤثر در تصمیمات حاکمیت برخوردار می شوند.

۴- به علت جهانشمول بودن محدودیت منابع در امر بهداشت و درمان نحوه

هزینه کردن منابع محدود برای خواسته های نامحدود مطرح است که همان

تعریف علم اقتصاد است و لذا به همین دلیل مدیریت در این حوزه فرابخشی

است.

۵- اصولاً هر قدر دخالت پزشکان در مدیریت و ارتباط مالی آنها با بیمار

کمترباشد، شأن و منزلتشان و حرمت و تقدس این حرفه بیشتر حفظ

می شود. ضمن اینکه حضور و فعالیت آنها در سازمان صنفی کاملاً منطقی

است.

در کشور ما سرنوشت بخش بهداشت و درمان کاملاً در اختیار فراهم کنندگان خدمت (بویژه پزشکان) است که به علت تعارض منافع و به بهانه کمبود منابع مالی از قانون تمکین نمیکنند. به عنوان مثال: نتیجه **عدم اجرای قانون تمام وقتی پزشکان در بخش دولتی** این است که درآمد **یک ساعت** بعضی پزشکان متخصص بخش خصوصی در ایران می تواند **بیش از ۲۰۰ ساعت** درآمد یک پزشک فوق تخصص در کشورهای اروپایی باشد (پیوست شماره سه) که متأسفانه به **انتظار و افق درآمدی سایر پزشکان** در سراسر کشور تبدیل شده است و زیرمیزی ها را همواره افزایش می دهد.

به همین دلیل قانون برنامه پنجم توسعه کشور به فعالیت پزشکان فقط در یکی از بخشهای خصوصی یا عمومی تاکید نموده است که بعلت تعارض منافع تا امروز هیچگونه اقدام عملی توسط مسئولین صورت نگرفته است. البته ذکر این نکته ضروری است که غالب متخصصین در بخش دولتی اگر معادل متخصصین در اروپا فعالیت نمایند می توانند با تعرفه های متعادل شده دولتی **بیش از ۲۰ برابر** حداقل دستمزد درآمد داشته باشند. تا زمانی که قانون فوق الذکر پیاده نشود حدود ۸۰٪ امکانات بخش، که دولتی است و با هزینه بسیار زیاد به عنوان سرمایه مردم اداره می شود **عملاً ناکارآمد خواهد ماند**. زیرا حضور همزمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی با تفاوت بی مهار حق العلاج برای خدمات یکسان مواجه می باشد(در بخش خصوصی بیش از ۱۰ برابر)، **لذا انگیزه ای برای ارائه خدمت در بخش دولتی وجود ندارد** و بیمار مجبور به مراجعه به بخش خصوصی است.

ضرورت اقدام عاجل، استحضار دارید:

امر سلامت در کشور مانند سایر کشورهای جهان در آینده با مشکلات بیشتر مواجه خواهد شد. میانگین سنی جمعیت بالاتر خواهد رفت، درصد بیشتری از جمعیت در شهرها متمرکز خواهند شد، تغییرات اقلیمی و زیست محیطی که در سالهای اخیر باعث نگرانی فزاینده مردم و مسولین شده ممکن است تشدید شود. مسائل روانی ناشی از تحولات سریع اجتماعی و تضاد فزاینده بین انتظارات و دستاوردها (به خصوص در میان زنان و جوانان) به احتمال قوی دامنه وسیع تری پیدا خواهد کرد، مسائل ناشی از سوء مصرف مواد که علیرغم همه مداخلات کاهش نشان نداده ممکنست بر اثر ورود و رواج مواد صنعتی جدید به بازار، وسعت بیشتری پیدا کند و از همه مهمتر افزایش شیوع بیماریهای غیرواگیر همچون دیابت و فشار خون تهدیدی جدی است. بنابراین نظام سلامت برای رویارویی با این چالش ها و پاسخگویی به انتظارات به حق مردم نیازمند تغییرات اساسی سریع با تغییر سبک زندگی و ساختار نظام بهداشت و درمان است.

نقش فوریت های پزشکی در گسترش فقر:

براساس آموزه های دین مبین اسلام که علمای معزز به آن تاکید فرموده اند، در وضعیت «اضطرار» و «عسر» بسیاری از تکالیف شرعی از انسان ساقط می گردد و می توان چنین نتیجه گرفت که یکی از مهم ترین وظایف حکومت اسلامی اینست که افراد جامعه را از وضعیت اضطرار و عسر رهایی بخشد.

شواهد نشان می دهد که بسیاری از مشکلات مردم در هنگام مراجعه به مراکز درمانی و تشخیصی در شرایط «اضطرار» و ناچاری شکل می گیرد. فردی که در شرایط اورژانسی (فوریت های پزشکی) به یک پزشک یا بیمارستان مراجعه می کند، به دلیل فوریت و حیاتی بودن موضوع، امکان و فرصت هیچ گونه بررسی، کسب اطلاع، انتخاب، چانه زنی و ... را ندارد و ناچار است که تمام شرایط ارائه کننده خدمات را بپذیرد.

پیشنهاد راهبردی:

باتوجه به تأثیر بالای فوریت های پزشکی بر هزینه سلامت خانوار و عنایت به اینکه بخش عمده ای از تخلفات پزشکی و هزینه های ناخواسته در فرایند ارائه این خدمات صورت می گیرد، پیشنهاد راهبردی اینست که حاکمیت به عنوان متولی سلامت کشور، بخش عمده تلاش خود را در جهت ساماندهی فوریت های پزشکی به کار گیرد و با اجرای برنامه «پوشش همگانی کامل فوریت های پزشکی از طریق پرداخت مبتنی بر عملکرد توسط نظام بیمه درمانی» به صورت رایگان، دغدغه اصلی مردم را در این زمینه برطرف سازد.

راهکارهایی برای اصلاح نظام سلامت در چارچوب احکام قانون برنامه پنجم توسعه و قوانین جاری

۱- احیای جایگاه طب عمومی و توجه کامل به امر پیشگیری و مراقبتهای اولیه در سامانه نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده.

توضیح: برخلاف نظام های آموزش پزشکی در جهان، پزشکان عمومی ما که طبق آمار ۷۰٪ پزشکان را تشکیل می دهند، علیرغم طی کردن دوره های هفت ساله، آموزش های راهبردی را برای انجام این وظایف طی نمی کنند. از طرفی بعلت مدرک گرائی و انحصار طلبی پزشکان متخصص و فوق تخصص، **پزشکان عمومی مجاز به استفاده از ظرفیت های علمی خود نیستند.** در حالیکه طبق ضوابط متعارف در دنیا پزشکان عمومی می توانند با بهره گیری از آموزش های تکمیلی و کوتاه مدت بسیاری از خدمات پزشکی را بویژه در مناطق فاقد متخصص یا مناطقی که متخصص به حد نیاز ندارد، را ارائه نمایند. لذا پزشکان عمومی نه تنها جایگاه اقتصادی خود را از دست داده اند بلکه مورد اقبال مردم نبوده و به لحاظ اجتماعی نیز مورد بی مهری واقع شده اند.

طب عمومی بعنوان عامل مراقبت های اولیه و پیشگیری، محور و بدنه نظام سلامت را تشکیل داده تخصص و فوق تخصص شاخ و برگ آن است. درخت سلامت بدون تنه تنومند، بوته ای ضعیف و ناکارآمد است.

از آن گذشته استحضار دارید **طب نوین پاسخگوی کلیه نیازهای جسمی، روانی و معنوی انسان نیست** در حالیکه استفاده از طب اسلامی ایرانی که از ذخائر بی پایان برخوردار است در کنار طب نوین توسط پزشک عمومی می تواند کوتاهترین راه نجات سلامت کشور باشد.

خوشبختانه بستر نهادینه شدن و گسترش استفاده از طب اسلامی ایرانی و احیای طب عمومی از مسیر علمی اخیراً در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فراهم شده است.

اگر انشاءالله مورد بی مهری قرار نگیرد موثرترین راهکار کوتاه مدت خواهد بود.

۲- استفاده از راهنماهای بالینی که یکی از مهم ترین ارکان موفقیت برنامه پزشک خانواده و هدایت خدمات تخصصی بشمار می رود که اخیراً تدوین آن در وزارت بهداشت و درمان شروع گشته و در حال تکمیل است.

۳- اصلاح ساختار تعرفه گذاری خدمات بهداشت درمان و جلوگیری از گسترش بیشتر شیوه بی مهار فعلی و **کنترل استفاده از ابزار و تکنیکهای پرهزینه** که جای معاینات بالینی و ارتباط پزشک و بیمار را گرفته است.

۴- ارتفاع کمی و کیفی خدمات بخش دولتی که باید پاسخگوی ۸۰٪ جمعیت کشور باشد از طریق تفویض اختیار هدفمند و کافی همراه با نظارت علمی و عملی به صف مقدم ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی دولتی و عمومی **بطوریکه ستادها با حمایت و ایجاد انگیزه در خدمت صف قرار گیرند تا صف در خدمت مردم باشد.** در حال حاضر ستادها خود را قیم صف ارائه خدمت می داند صف اختیاری نداشته و خود را مسئول و پاسخگوی مردم نمی داند. **با اعتماد و تفویض اختیار** به پزشکان مراکز بهداشتی و درمانی دولتی شأن و منزلت آنها رعایت می گردد و با پرداخت به موقع حق الزحمه معیشت آنان تأمین شده و انگیزه لازم جهت تمام وقتی پزشکان در بخش دولتی ابتدا داوطلبانه و سپس بطور گسترده ایجاد خواهد شد. بدیهی است بخش خصوصی با حدود ۲۰٪ امکانات در خدمت دهکهای متمول جامعه خواهد بود.

۵- محور بودن بیمار در فعالیتهای آموزشی و درمانی به نحوی که بیمار کالای آموزشی نباشد و رضایتمندی همراه با رعایت کرامت او هدف اصلی قرار گیرد.

نتیجه عملیاتی شدن پیشنهادات ارائه شده به عنوان اجرای اقتصاد مقاومتی

✓ با احیای طب عمومی و اجرای پزشک خانواده (پیشنهاد ۱) اکثریت ۱۵ هزار پزشک عمومی که حقوق بگیر وزارت بهداشت هستند آزاد شده و به کمک پزشکان بخش خصوصی خدمات سطح اول را با اعتبارات بیمه های درمانی ارائه می دهند و بار مالی آنها از وزارت بهداشت حذف می شود.

✓ در واقع خدمات سرپایی در تمام سطوح با منابع بیمه های درمانی تأمین می شود.

✓ با اجرای پیشنهاد ۲ و ۳ با تفکیک اجزا تعرفه فنی از حرفه ای انگیزه تجاری در استفاده از

تکنیکهای ابزاری غیرضروری کاهش یافته و هزینه ها به شدت کنترل می گردد.

✓ اجرای پیشنهاد ۴ و ۵ ارائه خدمات بستری را با اعتبارات وزارت بهداشت و سایر نهادهای

دارای بیمارستان میسر می سازد و مواد مرتبط قانون برنامه پنجم توسعه عملیاتی می شود.

۶- **تغییر سبک زندگی** در امر تغذیه مهمترین عامل پیشگیری از **بیماریهای**

غیرواگیر خواهد بود (انواع سرطانها، دیابت، فشار خون، پوکی استخوان و

غیره). هر چه سریعتر لازم است. فرهنگ استفاده از آموزه های اسلامی، ایرانی

در حفظ و صحه از طریق متخصصین مربوطه گسترش یابد و در کوتاه ترین

زمان ممکن **کود، سم و مواد افزودنی شیمیایی** از تولید، نگهداری و فراوری

مواد غذایی حذف شده و مبارزه با آفات با روش طبیعی جدید جایگزین گردد و

مردم از طریق اطلاع رسانی و آموزش های مستمر به استفاده از تغذیه سالم

ترغیب شوند.