

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

کارگروه فرهنگستان علوم پزشکی «شاخه جنوب»

گزارش اولین جلسه سال ۱۴۰۵

موضوع:

نظام سلامت و ضرورت رویکرد اقتصاد مقاومتی در آن

تهیه کننده:

دکتر فرهاد لطفی، استاد تمام رشته اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

با همکاری:

دکتر محسن بیاتی، دانشیار رشته اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دکتر زهرا گودرزی، استادیار رشته اقتصاد و مدیریت دارو، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دکتر نجمه بردبار، استادیار رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تحت نظارت:

استاد کامران باقری لنکرانی، استاد ممتاز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مبانی نظری

«توسعه پایدار» به عنوان مفهومی با سابقه بیش از سه دهه در ادبیات توسعه، امروزه به یک قالب فکری عمده در بسیاری از کشورها، بالأخص کشورهای در حال توسعه، بدل شده است. کمیسیون جهانی محیط زیست و توسعه (کمیسیون برانت لندن) در سال ۱۹۸۷، «توسعه پایدار»، را توسعه‌ای تعریف می‌کند که نیازهای نسل فعلی را بدون ایجاد اشکال در توانایی نسل‌های آینده در برآوردن احتیاجات خود، تامین می‌نماید و برای رسیدن به پایداری نیازمند شرایط مطلوب اقتصادی و اجتماعی هستیم. پایداری در عمل، معادله‌ای میان ضرورت‌های زیست محیطی و نیازهای توسعه است. توسعه پایدار، توسعه‌ای کل‌نگر است و همه ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیست محیطی و دیگر نیازهای بشری را در بر می‌گیرد. به اعتباری، مهم‌ترین شاخصه و جاذبه توسعه پایدار در جامع‌نگری آن است. توسعه پایدار برآورنده نیازها و آرمان‌های انسان، نه فقط در یک کشور و یک منطقه، بلکه تمامی مردم سراسر جهان را در حال و آینده در بر می‌گیرد. از سوی دیگر، سلامت به عنوان رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، عرصه‌ای است که پیوندی وثیق با سایر عرصه‌های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، صنعتی و... هر جامعه دارد و امروزه، در نتیجه پیچیده‌تر شدن ابعاد چالش‌های گوناگون توسعه‌ای بسیاری از کشورها، تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت به محوری‌ترین دغدغه و چالش فرا روی سیاست‌گذاران، تصمیم‌گیران و مردم تبدیل شده است.

روند اجماع بین‌المللی پیرامون نقش و جایگاه محوری سلامت در قالب فکری توسعه پایدار، از طریق بررسی مهم‌ترین اجلاس‌های بین‌المللی و تصمیمات عملی آنها در سه دهه گذشته، به شرح ذیل است:

➤ اجلاس آلماتا؛ تغییر نگرش نسبت به مفهوم سلامت و توسعه

به دنبال افزایش نگرانی‌های کشورهای مختلف از روند توسعه، ازدیاد شتابان جمعیت، تخریب و تهی شدن سریع منابع، افزایش فقر و به هم خوردن چرخه‌های طبیعی حیات در کره زمین طی دهه‌های ۷۰ و ۸۰ میلادی، نگرانی‌ها در مورد وضعیت سلامت و اثرات سنگین آن بر اقتصاد و توسعه کشورها، خاصه کشورهای در حال توسعه رو به فزونی بود، به حدی که بسیاری از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی بر ناکارآمد بودن نگرش‌های درمان‌محور در عرصه سلامت اذعان داشتند و چرخش در این نگرش را اجتناب‌ناپذیر ارزیابی کردند. مجموعه این نگرانی‌ها در نهایت، در سالهای پایانی دهه ۷۰ منجر به تغییر نگرش در عرصه سلامت

شد. در ماه مه ۱۹۷۷ در پایان سی‌امین اجلاس بهداشت که در آلماتای اتحاد شوروی سابق با شرکت ۱۳۴ کشور جهان تشکیل شده بود؛ اعلام گردید «مهمترین هدف اجتماعی دولت‌ها و سازمان بهداشت جهانی در دهه‌های آینده باید آن باشد که همه مردم جهان تا سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامت دست یابند که زندگی آنان از نظر اجتماعی و اقتصادی ثمر بخش و مفید باشد»؛ این بیانیه بعدها به «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی» شهرت یافت. بالأخره در سپتامبر ۱۹۷۸، کنفرانس جهانی آلماتا با اتخاذ رویکرد پیشگیرانه، مراقبتهای اولیه بهداشتی را وسیله و ابزار رسیدن به هدف مزبور معرفی کرد و در سال ۱۹۸۰ میلادی، در مجمع عمومی سازمان ملل متحد، قطعنامه‌ای به تصویب رسید که در آن بر مراقبتهای اولیه بهداشتی به مثابه محور توسعه تاکید شده بود.

➤ کنفرانس ریو؛ سرآغاز اجماع بین‌المللی در توسعه پایدار

مجموعه تلاشها جهت تبیین و ارائه برنامه عملی برای توسعه پایدار، پس از آلماتا و برانت لند نیز ادامه یافت و در اجلاس جهانی کنفرانس محیط زیست و توسعه سازمان ملل (کنفرانس ریو) که در سال ۱۹۹۲ برگزار گردید، فصل نوینی گشوده شد. کنفرانس ریو (۱۹۹۲)، با حضور سران و نمایندگان ۱۷۲ کشور جهان و شمار زیادی از سازمانهای غیردولتی و تدوین دستور کار ۲۱، به مثابه سرآغاز یکی از مهمترین مباحث قرن بیست و یکم، مؤلفه‌هایی نظیر انسان، محیط زیست، فرهنگ، آموزش، امنیت و مشارکت را به عنوان مؤلفه‌های توسعه پایدار مورد توجه قرار داد و عواملان توسعه پایدار را دولت‌ها، سازمانهای بین‌المللی و سازمانهای غیردولتی معرفی کرد.

➤ اجلاس هزاره؛ نقطه عطف توسعه

با آغاز هزاره جدید، مهمترین اجماع بین‌المللی در خصوص توسعه توسط ۱۹۱ کشور، تحت عنوان اعلامیه هزاره ملل متحد (۲۰۰۰)، حاصل گردید. بر اساس اعلامیه هزاره، هشت هدف توسعه هزاره، کشورها را موظف می‌سازد برای مبارزه با فقر، بیسوادی، گرسنگی، عدم دسترسی به امکانات آموزش و پرورش، نابرابری جنسیتی، مرگ و میر کودکان و مادران، بیماری و نابودی محیط زیست دست به دست هم دهند و فعال تر و

هماهنگ تر از سابق تلاش کنند. از این هشت آرمان، ۳ آرمان مستقیماً به سلامت انسانها مرتبط می‌باشد و ۵ آرمان دیگر نیز در ارتباطی تنگاتنگ با آن هستند. این امر، نشانگر آن است که حفظ و ارتقای سطح سلامت هم اکنون نیاز اساسی جهانی است و برنامه‌های مرتبط با توسعه پایدار کشورها، باید با تأمین سلامت افراد جامعه هماهنگی داشته باشد.

➤ اجلاس جهانی توسعه پایدار؛ تاکید بر محوریت سلامت

در سال ۲۰۰۲ یعنی ده سال پس از اجلاس ریو، به منظور بررسی پیشرفتهای حاصل شده از این اجلاس و همچنین ارائه راهکارها برای تقویت و عملیاتی‌سازی دستور کار ۲۱ و سایر نتایج آن، در ژوهانسبورگ، اجلاس جهانی توسعه پایدار برگزار گردید. عمده‌ترین نتیجه این اجلاس، یک برنامه اجرایی، یک اعلامیه سیاسی و شماری از ابتکارات و مشارکتهای اجرایی بود. یکی از عمده‌ترین تفاوت‌های این اجلاس با کنفرانس ریو آن بود که مسئله سلامت در آن محوریت یافت و تاکید کرد که توسعه انسانی مانند زدودن فقر، توسعه سلامت و اسکان انسان و مدیریت پویایی جمعیت گام اصلی به سوی پایداری است.

در مجموع باید گفت که «توسعه پایدار»، توسعه‌ای انسان محور است و به مثابه یکی از مهمترین قالبهای فکری توسعه در قرن بیست و یکم، تمامی عرصه‌های زندگی آدمی، نظیر اقتصاد، سیاست، فرهنگ، محیط زیست، امنیت، آموزش، بهداشت، اخلاق و غیره را در کنار هم، با محوریت سلامت انسان و جامعه، مورد توجه قرار می‌دهد. توسعه پایدار، عرصه نوینی است که هم‌زمان، هم سیاست و فرهنگ را مورد توجه قرار می‌دهد و هم بر رونق اقتصاد و تجارت و صنعت تأکید می‌ورزد. هم از محیط زیست و همزیستی با طبیعت حمایت می‌کند و هم از حقوق و سلامت برابر انسانها. هم به مسائل داخلی کشورها می‌پردازد و هم به مسائل بین‌المللی. در این میان، سلامت فردی و اجتماعی با ابعاد وسیع فرابخشی و بین رشته‌ای خود، حجم گسترده‌ای از مسائل مرتبط با توسعه پایدار کشورها را متوجه خود می‌سازد. این به آن معنی است که اگر وضعیت سلامت کشورها در تمامی ابعاد، یا در اکثر آنها رو به بهبود باشد، بدون شک وضعیت توسعه کشورها رو به بهبود و پایداری خواهد گذاشت.

➤ اهداف توسعه پایدار سازمان ملل متحد

در سال ۲۰۱۵، سازمان ملل متحد اهداف توسعه پایدار^۱ را تصویب و منتشر کرد. این چارچوب که شامل ۱۷ هدف اصلی است، جانشین «اهداف توسعه هزاره» شد. بر اساس این اهداف، مسیر دستیابی به توسعه پایدار در سطح جهانی برای همه کشورها، صرف نظر از سطح توسعه یافتگی آنها، تا سال ۲۰۳۰ ترسیم شده است. هدف سوم این چارچوب، یعنی سلامت و رفاه، یکی از اهداف اصلی این برنامه است. این هدف نه تنها بر تضمین یک زندگی سالم و ارتقای رفاه برای افراد تأکید دارد؛ بلکه به عنوان سنگ بنایی برای تحقق سایر اهداف توسعه به شمار می‌رود. دستیابی به اهدافی چون ریشه‌کنی فقر (هدف ۱)، پایان دادن به گرسنگی (هدف ۲) و ایجاد شهرهای پایدار (هدف ۱۱) بدون وجود جمعیتی سالم، کارآمد و با دسترسی عادلانه به مراقبت سلامت با کیفیت، عملاً غیرممکن است. در واقع، سرمایه‌گذاری در سلامت، زیرساختی اساسی برای رشد و توسعه اقتصادی، کاهش نابرابری‌ها و ایجاد آینده‌ای با ثبات برای همه جمعیت دنیاست.

❖ نظام سلامت

امروزه یکی از مهمترین شاخص‌های مورد توجه در ارزیابی عملکرد دولت‌ها، میزان توجه و اهتمام آنها در حوزه اجتماعی می‌باشد و مهم‌ترین مولفه حوزه اجتماعی، بخش سلامت است که جایگاه ویژه‌ای در قانون اساسی در اصول ۲۹ و ۴۳ برای آن مشخص و تبیین شده است. برای پاسخگویی به نیاز سلامت در هر جامعه‌ای، سامانه‌ای توسط دولت‌ها شکل داده می‌شود که نظام سلامت نامیده می‌شود؛ این نظام همه سازمانها و منابعی را در بر می‌گیرد که به انجام اقدامات سلامت در جامعه می‌پردازند و با اعاده، حفظ و بهبود وضعیت سلامت افراد جامعه نقش مهمی در ارتقاء سطح و کیفیت زندگی ایفا می‌نماید. با توجه به اینکه برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از هر گونه بیماری و ناتوانی حقی همگانی است و تولید و مسئولیت آن در تعهد دولتهاست و همچنین به عنوان پیش شرطی برای تحقق توسعه پایدار تلقی می‌گردد؛ لزوم فراهم‌سازی امکانات و تسهیلات مناسب برای تامین سلامتی در همه ابعاد آن توسط دولت مورد تأکید قرار گرفته است.

^۱ Sustainable Development Goals

یوشش همگانی سلامت یکی از با اهمیت ترین اصلاحات اجتماعی در قرن حاضر تلقی می‌شود که در مسیر نیل به این هدف موانع متعددی از جمله کمبود منابع، هزینه بالا و نظایر آن وجود دارد. نظام‌های سلامت نه تنها مسئولیت ارتقای سلامت افراد را بر عهده دارد بلکه پاسخ به انتظارات مردم و حفاظت از آنها در برابر هزینه‌های مالی نیز از دیگر اهداف این نظام‌ها به شمار می‌روند. در نتیجه نظامی که پاسخ‌دهی بیشتری به آنچه افراد از آن انتظار دارند، ارائه می‌کند؛ تأمین مالی در آن عادلانه‌تر است و در دستیابی به سلامت، بهتر و مؤثرتر عمل خواهد کرد.

❖ چارچوبی برای پایش عملکرد نظام سلامت

ماهیت چندوجهی نظام‌های سلامت و گسترش مسئولیت‌های مستقیم و غیرمستقیم در بخش‌های مختلف، چالش‌هایی را در پایش بر عملکرد ایجاد می‌کند. در پاسخ، طی چند سال گذشته، سازمان جهانی بهداشت (WHO) و شرکای آن برای دستیابی به یک اجماع گسترده درباره شاخص‌های کلیدی، روش‌ها و سنجش‌های موثر در مورد ظرفیت نظام‌های سلامت، از جمله «ورودی‌ها»، «فرآیندها» و «خروجی‌ها» و مرتبط ساختن اینها با شاخص‌های «نتیجه» کار کرده‌اند. به طور گسترده مشخص شده است که مزایای بالقوه بسیاری در مورد وجود یک رویکرد هماهنگ برای نظارت و ارزیابی نظام‌های سلامت، از جمله کاهش هزینه‌های مبادله، افزایش کارایی و کاهش فشار بر کشورها وجود دارد. با این حال، مسائل عملی شناسایی شده‌ای نیز وجود دارد که باید قبل از اینکه هماهنگی بیشتر به واقعیت تبدیل شود، مورد توجه قرار گیرد.

وجود چارچوب‌های تحلیلی و استراتژیک متعدد برای نظام‌های سلامت منجر به ایجاد پتانسیل قابل توجهی برای تکرار، همپوشانی و سردرگمی می‌شود. چارچوب‌های موجود شامل چارچوب ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت WHO، چارچوب اهرم‌های کنترل بانک جهانی و چارچوب بلوک‌های سازنده WHO است. چنین چارچوب‌هایی دارای نقاط شروع متفاوتی هستند که در نتیجه بر پیامدهای متفاوتی جهت ردیابی، تأکید دارند. کار روی توسعه چارچوب‌های مفهومی برای تقویت سیستم‌های سلامت و ایجاد یک طبقه‌بندی که امکان شفاف‌سازی شاخص‌ها، منابع داده‌ها و روش‌های جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل‌های زیربنایی پایش و ارزیابی را فراهم آورد؛ در حال انجام است. با این حال، انتخاب چارچوب استراتژیک الزاما بر استراتژی پایش و ارزیابی، تأثیر اساسی ندارد. اشتراکات بسیاری در چارچوب‌های استراتژیک مختلف برای نظام‌های سلامت وجود دارد که امکان اتخاذ یک رویکرد منسجم را برای انتخاب شاخص‌ها و استراتژی‌های سنجش فراهم می‌کند.

❖ چارچوب نظام های سلامت و بلوک های سازنده^۲

بر اساس چارچوب WHO، نظام های سلامت بر حسب شش جزء اصلی یا «بلوک های سازنده» توصیف می شود: ^۱ارایه خدمت، ^۲نیروی کار سلامت، ^۳نظام های اطلاعات سلامت، ^۴دسترسی به داروهای ضروری، ^۵تامین مالی و رهبری/حاکمیت^۶.

شش بلوک سازنده به طرق مختلف به تقویت نظام های سلامت کمک می کنند. برخی از مؤلفه های مقطعی، مانند رهبری/حاکمیت و نظام های اطلاعات سلامت، مبنایی را برای تدوین مقررات و سیاست گذاری کلی سایر بلوک های سیستم سلامت فراهم می کنند. ورودی های کلیدی به نظام سلامت شامل تأمین مالی و نیروی کار سلامت می شود. گروه سوم، یعنی محصولات و فناوری های پزشکی و ارائه خدمات، خروجی های فوری نظام سلامت، یعنی در دسترس بودن و توزیع مراقبت ها را منعکس می کند.

➤ اهداف نظام سلامت

در گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰، سازمان جهانی بهداشت سه هدف اساسی برای همه نظام های سلامت در نظر گرفته است که شامل سلامت، مشارکت مالی عادلانه و پاسخگویی به انتظارات غیر درمانی مردم می باشد. بدون تردید هدف اصلی هر نظام سلامت، فراهم کردن سلامت بهتر برای افراد جامعه است؛ اما بدلیل اینکه مراقبت از سلامت توسط افراد و تحقق آن، از طرفی ممکن است هزینه هایی به دنبال داشته باشد که منجر به فقر و یا از دست رفتن سهم زیادی از ثروت و اندوخته های افراد گردد و به تعبیری در اقتصاد سلامت به هزینه های کمرشکن منجر گردد و از طرف دیگر نیاز به آن غیر قابل پیش بینی باشد؛ لزوم تدوین ساز و کارهای مشارکت مالی و تسهیم خطر و ارائه حمایت های مالی در صورت لزوم بسیار مهم می باشد، از این رو سازمان جهانی بهداشت مشارکت مالی عادلانه مردم در تامین منابع مالی نظام سلامت را به عنوان هدف دیگر نظام سلامت عنوان نمود و نهایتاً پاسخگویی به انتظارات افراد به عنوان هدف سوم این نظام توسط سازمان جهانی بهداشت در مورد جنبه هایی غیر از سلامت مطرح گردید (احترام به عزت افراد، حفظ محرمانگی و آزادی انتخاب در خصوص سلامت خود).

^۲ building blocks

^۳ service delivery

^۴ health workforce

^۵ Health information systems

^۶ Access to essential medicines

^۷ Financing

^۸ Leadership/governance

➤ کارکردهای نظام سلامت

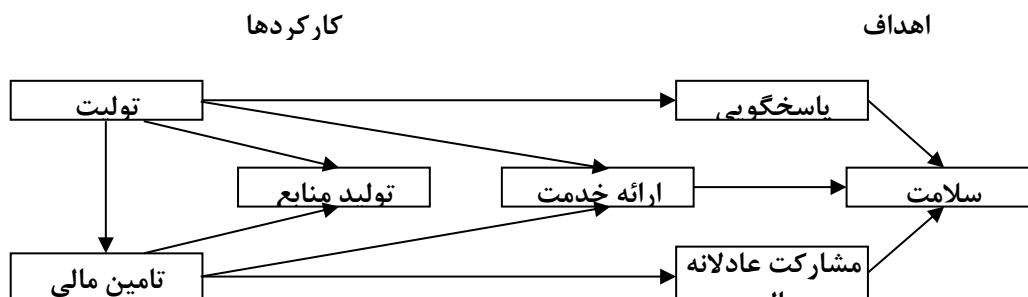
سازمان جهانی بهداشت برای نظامهای مختلف سلامت علاوه بر اهداف فوق‌الذکر کارکردهایی نیز برشمرده است که به منظور تحقق اهداف این نظام، کارکردهای زیر باید بطور هماهنگ و هدف‌مندی مورد توجه و نظر سیاستگذاران سلامت در هر کشور واقع شود:

«تولیت» که از جمله مهمترین کارکرد هر نظام سلامت می‌باشد و به مفهوم تعیین و تقویت قواعد اجرایی و ارائه جهت‌گیری و راهبردها برای تمامی افراد و سازمانهایی که به نوعی درگیر ارائه خدمات مرتبط با سلامت می‌باشد. وظیفه پذیرش مسئولیت و پاسخگویی در بالاترین سطح در هر کشور در تعهد وزارت بهداشت به نمایندگی از طرف دولت می‌باشد. این کار کرد، در سه عملکرد سیاستگذاری، حاکمیت درون بخشی و رهبری بین بخشی انجام می‌گیرد.

«تامین مالی» که چگونگی تامین آن از مقوله‌های مهم سیاستگذاری هر کشوری می‌باشد و ترکیب مشارکت‌کنندگان در تامین مالی و بهینه کردن سهم آنها از دغدغه‌های مسئولان بخش می‌باشد؛ بطوری که دستیابی به اهداف سه‌گانه نظام سلامت فراهم گردد. این مقوله به عنوان یکی از ابزارهای عملکردی توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح گردید. این سازمان، در تعریف تامین مالی که به بسیج و جمع‌آوری منابع مالی و پولی از افراد، خانوارها و بنگاهها به عنوان منابع اصلی و دولت و سایر موسسات خیریه به عنوان منابع فرعی اطلاق می‌گردد؛ وصول درآمد، انباشت منابع و خرید را از ابتدا تا انتهای چرخه منابع مالی (از بسیج و گردآوری تا مصرف) به عنوان سه موضوع اصلی و مهم در نظر می‌گیرد. موضوع تامین مالی به تمامی کارکردهای نظام سلامت بر می‌گردد و منحصر به تامین مالی برای خرید خدمات نمی‌باشد و با خریداری خدمات بر تمام اهداف حدواسطی نظام سلامت یعنی کارایی، عدالت، دسترسی و کیفیت تاثیرگذار است.

«تولید منابع» که شامل تربیت منابع انسانی متخصص و خیره از طریق دانشگاه‌های تحت پوشش خود، سرمایه‌گذاری در ساختمانها و تجهیزات فیزیکی و تهیه و تدارک دارو و ملزومات پزشکی مورد نیاز می‌باشد.

«ارائه خدمات»، به عنوان اصلی ترین کارکرد نظام سلامت مطرح است. هدف از این کارکرد حفظ، اعاده و ارتقای سلامت می باشد. این طبقه بندی و روابط بین این هفت عامل در قالب یک الگوی مفهومی که توسط سازمان جهانی بهداشت ترسیم شده، در شکل زیر نشان داده شده است.



شکل ۱: اهداف و کارکردهای نظام سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت (منبع: سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۰)

❖ کارکردهای تامین مالی سلامت

❖ اهرم های کنترل نظام سلامت

اهرم های کنترل^۹، حوزه های مجزایی از ساختار و کارکرد نظام سلامت را توصیف می کنند که از نظر عملکرد نظام سلامت بسیار حائز اهمیت بوده و دولت ها قادرند آنها را دستکاری و بالا و پایین کنند. پنج حوزه ای که تحت عنوان اهرم های کنترل معرفی و مشخص شده اند شامل تامین مالی، پرداخت، سازماندهی، وضع مقررات و رفتار منعکس کننده مهمترین عواملی هستند که پیامدهای نظام سلامت را تعیین می کنند و از آنها می توان با دقت و ملاحظه جهت تغییر آن پیامدها استفاده کرد (۸، ۵۰).

✓ پرداخت^{۱۰}: یعنی روش های مربوط به انتقال پول به ارائه کنندگان مراقبت سلامت (پزشکان، بیمارستان ها و کارکنان بهداشت) از قبیل دستمزد ثابت، کارانه، پرداخت سرانه و بودجه. این روش ها به نوبه خود ایجاد انگیزه هایی می کنند که بر چگونگی رفتار ارائه کنندگان تاثیر می گذارد.

^۹ Control Knobs

^{۱۰} Payment

✓ سازماندهی^{۱۱}: ساز و کارهایی که مجریان اصلاحات برای تاثیرگذاردن بر مجموعه‌ای مختلط از ارائه-کنندگان در بازار مراقبت سلامت، ساختار این بازارها، نقش‌ها و کارکردها و چگونگی کارکرد داخلی این ارائه‌کنندگان، از آنها استفاده می‌کنند. این ساز و کارها عبارتند از اقداماتی که بر رقابت، تمرکززدایی و کنترل مستقیم ارائه‌کنندگانی که به ارائه خدمات دولتی می‌پردازند، تاثیر می‌گذارند. این امر، مواردی مانند چه کسی چه کاری انجام می‌دهد؟، چه کسی با چه کسی رقابت می‌کند؟ و نیز جنبه‌های مدیریتی کارکرد داخلی ارائه‌کنندگان از قبیل چگونگی انتخاب مدیران و چگونگی پاداش‌دهی به کارکنان را شامل می‌شود.

✓ وضع مقررات^{۱۲}: یعنی استفاده از اقدامات وادارکننده و الزام‌آور از سوی دولت برای تغییر رفتار مجریان نظام سلامت شامل ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت، شرکت‌های بیمه و بیماران. لازم به ذکر است اینکه مقرراتی صرفاً در مجموعه قانون نوشته شده باشد، به معنی این نیست که به کار گرفته می‌شود و مورد پذیرش نیز هست. این اهرم به مواردی توجه دارد که مجریان اصلاحات باید آنها را در نظر بگیرند تا رعایت مقررات به صورتی که انتظار می‌رود تضمین شود.

✓ رفتار^{۱۳}: شامل اقداماتی برای تاثیر گذاشتن بر کارهایی است که افراد (هم ارائه‌کنندگان و هم بیماران) در ارتباط با سلامت و مراقبت سلامت انجام می‌دهند.

✓ تامین مالی^{۱۴}: یعنی همه سازوکارهای افزایش پولی که برای فعالیتهای بخش سلامت پرداخت می‌شود. این سازوکارها عبارتند از مالیات، حق بیمه و پرداخت‌های مستقیم از جیب توسط بیماران. طراحی موسسات جمع‌آوری کننده پول و تخصیص منابع برای اولویت‌های مختلف نیز بخشی از این اهرم کنترل است.

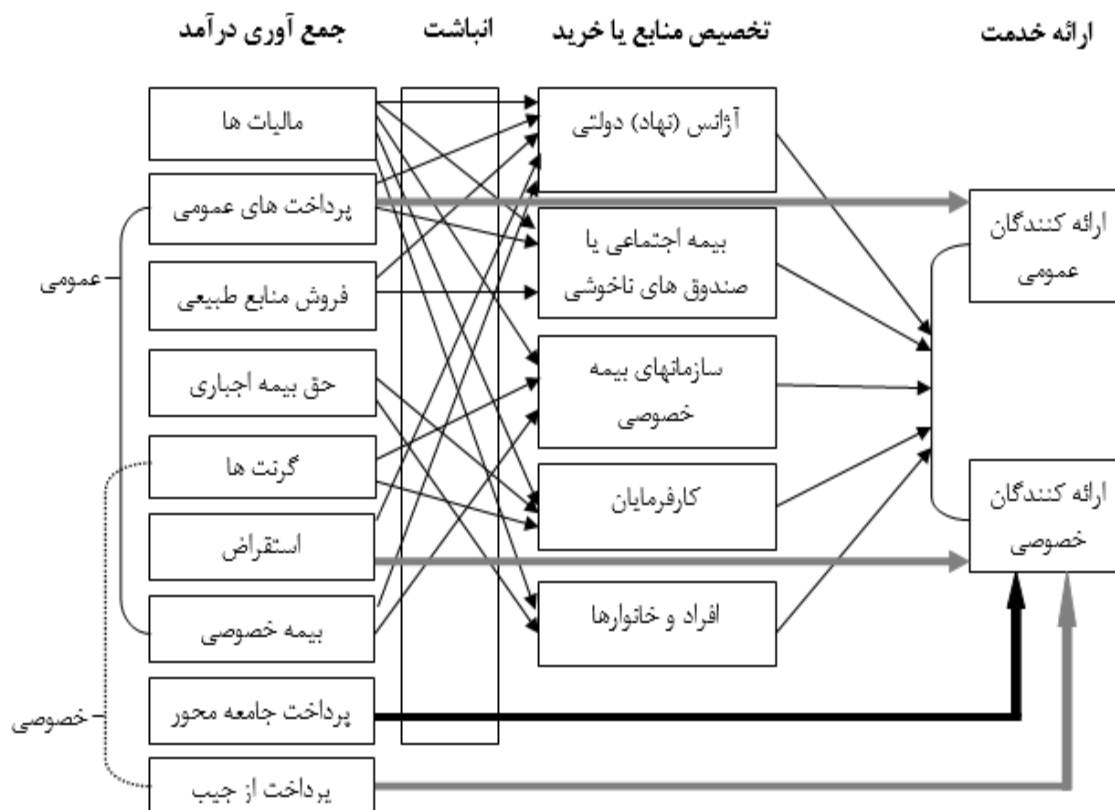
تامین مالی در واقع سه کارکرد اصلی جمع‌آوری درآمد، تجمیع منابع و خرید کالاها و خدمات را در بر می‌گیرد. این کارکردها، اغلب شامل فعل و انفعالات پیچیده در میان مجموعه‌ای از بازیگران در بخش سلامت می‌باشد که در شکل زیر این کارکردها و روابط بین آنها نشان داده شده است:

^{۱۱} Organization

^{۱۲} Regulation

^{۱۳} Behavior

^{۱۴} Financing



شکل -Error! No text of specified style in document. کارکردهای تامین مالی نظام سلامت (منبع: شیبور و

مندا ۱۹۹۷)

بنابراین سیاستهایی که این کارکردها را مورد توجه قرار می دهند، فرصتی برای تأثیرگذاری بر اصلاحات

در سرتاسر بخش سلامت فراهم می نمایند.

«جمع آوری درآمد»، راهی است که از طریق آن، نظامهای سلامت، منابع پولی را از طریق خانوارها، تجارت

و منابع خارجی افزایش می دهند. «انباشت» شامل تجمیع و مدیریت عواید می باشد؛ به طوری که اعضای یک

صندوق در ریسکهای تجمیعی سلامت مشارکت نمایند و با این ابزار، اعضای صندوق را در مقابل مخارج

سنگین و غیر قابل پیش بینی مربوط به خدمات سلامت محافظت نماید. پیش پرداخت، نیز به اعضای صندوق

اجازه می دهد که برای هزینه های متوسط مورد انتظار از قبل، پرداخت صورت گیرد تا اثر عدم اطمینان را از

بین ببرد و جبران هزینه مربوط به خسارت احتمالی را تضمین نماید. انباشت توام با پیش پرداخت، موسسات

بیمه ای را قادر می سازد با مخارج سلامت بین افراد دارای ریسک بالا و پایین (یارانه های ریسک^{۱۵}) و افراد

دارای درآمد بالا و پایین (یارانه های منابع^{۱۶}) توزیع نماید.

^{۱۵} Risk subsidies

^{۱۶} Resource subsidies

➤ صندوق‌های انباشت منابع در ایران

سازمان‌های بیمه‌ای متعدد در ایران برای ارائه خدمات بیمه‌ای، هم در حوزه پایه و هم در حوزه تکمیلی وجود دارد. در حوزه پایه چهار نهاد اصلی سازمان بیمه سلامت ایران که ادامه سازمان بیمه خدمات درمانی است، سازمان تامین اجتماعی، سازمان تامین خدمات درمانی نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی (بیمه شدگان مربوطه از ابتدای سال ۱۳۹۹ به سازمان بیمه سلامت پیوستند و اکنون نقش تکمیلی را برای افراد تحت پوشش دارد) ارائه خدمات پایه را به عهده دارند. همچنین ۱۶ صندوق بیمه مستقل نیز وجود دارند که خدمات بیمه‌ای را به افراد تحت پوشش خود ارائه می‌دهند. هر نهاد بیمه‌ای دارای چهار جزء اصلی است که شامل پوشش جمعیتی، بسته خدمتی، پایداری مالی و سیستم اجرایی می‌باشد و سازمان‌های اصلی از این منظر با یکدیگر متفاوت هستند. در جدول زیر سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای در کشور ایران نشان داده شده است.

جدول ۱: صندوق‌های بیمه‌ای اختصاصی در کشور ایران

| ردیف | نام صندوق | تاریخ تاسیس | افراد تحت پوشش |
|------|-------------------------|-------------|---|
| ۱ | هواپیمایی جمهوری ایران | ۱۳۵۹ | کارکنان هواپیمایی ملی ایران |
| ۲ | مشترک بانک‌ها | ۱۳۶۳ | کارکنان بانک‌های ده‌گانه |
| ۳ | کارکنان صدا و سیما | ۱۳۶۳ | کارکنان صدا و سیما |
| ۴ | شرکت صنایع مس ایران | ۱۳۶۴ | کارکنان شرکت ملی صنایع مس ایران |
| ۵ | سایپو | ۱۳۶۶ | کارکنان وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح |
| ۶ | جهاد سازندگی | ۱۳۶۹ | کارکنان وزارت جهاد |
| ۷ | آینده ساز | ۱۳۵۵ | کارکنان سازمان گسترش و صنایع شرکت‌های تابعه |
| ۸ | بانک مرکزی ایران | ۱۳۴۲ | کارکنان بانک مرکزی ایران |
| ۹ | شرکت بیمه ایران | ۱۳۱۴ | کارکنان بیمه ایران |
| ۱۰ | بیمه مرکزی | ۱۳۵۰ | کارکنان بیمه مرکزی |
| ۱۱ | شرکت ملی نفت ایران | ۱۳۲۶ | کارکنان شرکت نفت |
| ۱۲ | شرکت مخابرات | ۱۳۳۴ | کارکنان شرکت مخابرات |
| ۱۳ | شهرداری تهران | ۱۳۵۳ | کارکنان شهرداری تهران |
| ۱۴ | شرکت ملی فولاد ایران | ۱۳۵۳ | کارکنان شرکت فولاد |
| ۱۵ | سازمان بنادر و کشتیرانی | ۱۳۵۳ | کارکنان بنادر و کشتیرانی |

(منبع: خلاصه قوانین و مقررات بیمه‌های درمانی در ایران، نجمه مرادی)

تعدد و پراکندگی صندوق‌های تجميع منابع در کشور نتیجه‌ای جز بی عدالتی و ناکارایی در پیش رو نخواهد داشت. از منظر عدالت، پراکندگی به مفهوم این است که جامعه متقاعد شده است که همه افراد جامعه و یا گروه‌های با توان مالی کمتر، خود خطرات احتمالی ناشی از هزینه‌ها و مراقبت‌های سلامت را عهده‌دار شده‌اند و بنابراین خطرات بطور نامتناسب بین افراد تقسیم شده است. در تقسیم‌بندی دیگری، سازمان‌های بیمه‌ای را از نظر ماهیت عملکردی به چهار گروه تقسیم‌بندی نموده‌اند که در جدول ۲، گزارش شده‌اند.

جدول ۲: تقسیم بندی صندوق‌های بیمه‌ای ایران از منظر ماهیت عملکردی

| ردیف | ماهیت عملکرد | مثال |
|------|--------------|--|
| ۱ | بیمه‌ای | سازمان بیمه خدمات درمانی سازمان تامین اجتماعی سازمان تامین خدمات درمانی نیروهای مسلح |
| ۲ | حمایتی | کمیته امداد امام خمینی بنیاد شهید و امور ایثارگران |
| ۳ | بخشی | شهرداری تهران شرکت نفت |
| ۴ | تکمیلی | دولتی شامل: - ایران - آسیا - البرز - دانا خصوصی شامل: - معلم - کمک رسان - پارسین - کارآفرین - سینا - توسعه - رازی - سامان - دی - نوین - ملت - پاسارگاد - میهن مناطق آزاد شامل: - انکایی امین - حافظ - امید - ایران معین |

(منبع: خلاصه قوانین و مقررات بیمه‌های درمانی در ایران، نجمه مرادی)

به منظور حمایت بیمه‌شدگان در مقابل ریسک مالی ناشی از بیماری، در کنار بیمه‌های سلامت پایه، بیمه‌های تکمیلی با سه ساز و کار مشخص در جهان ایفای نقش می‌کنند.

❖ اقتصاد سلامت و رویکرد اقتصاد مقاومتی

حوزه سلامت، ذاتاً با محدودیت منابع روبه‌روست. هیچ نظام سلامت حتی پیشرفته‌ترین آنها، منابع نامحدود ندارد و همیشه بین نیازهای روبه‌افزایش، هزینه‌های روبه‌رشد و توان مالی محدود جامعه باید تعادل ایجاد کند. در چنین شرایطی، مفهوم اقتصاد مقاومتی در نظام سلامت شکل می‌گیرد؛ مفهومی که هدف آن فقط «صرفه‌جویی» نیست، بلکه طراحی یک نظام سلامت پایدار، انعطاف‌پذیر، مبتنی بر داده و قادر به ادامه خدمت‌رسانی حتی در شرایط بحران است.

❖ چرا اقتصاد مقاومتی در سلامت اهمیت دارد؟

نظام سلامت یکی از پیچیده‌ترین و پرهزینه‌ترین بخش‌های هر کشور است. در همه دنیا، حتی کشورهای ثروتمند نیز با مسئله‌ای اساسی روبه‌رو هستند: منابع محدود در برابر نیازهای نامحدود سلامت. از سوی دیگر، نظام‌های سلامت به شدت در برابر شوک‌های اقتصادی و سیاسی آسیب‌پذیر هستند. عواملی مانند: تحریم‌های اقتصادی، نوسانات ارزی، بحران‌های جهانی مانند پاندمی‌ها، افزایش قیمت دارو و فناوری‌های پزشکی و همچنین سالمندی جمعیت می‌توانند به سرعت تعادل مالی و عملکردی نظام سلامت را مختل کنند. در چنین شرایطی، اگر نظام سلامت وابسته، ناکارآمد و فاقد برنامه‌ریزی بلندمدت باشد، اولین پیامد آن کاهش دسترسی مردم به خدمات درمانی خواهد بود.

در پاسخ به این چالش‌ها، مفهوم اقتصاد مقاومتی در نظام سلامت مطرح می‌شود که هدف آن طراحی نظامی است که در برابر بحران‌ها انعطاف‌پذیر، پایدار و کارآمد باقی بماند. اقتصاد مقاومتی در حوزه سلامت به معنای «طراحی، مدیریت و تأمین مالی نظام سلامت به گونه‌ای است که حتی در شرایط بحران اقتصادی، تحریم، نوسانات ارزی یا اختلال در منابع، بتواند خدمات ضروری سلامت را به شکل پایدار، عادلانه و مقرون‌به‌صرفه ارائه دهد».

در این چارچوب چند اصل اساسی وجود دارد؛ پایداری ارائه خدمات سلامت، کاهش آسیب‌پذیری نظام سلامت، استفاده بهینه از منابع محدود، کاهش وابستگی به عوامل خارجی و حفظ عدالت در دسترسی به خدمات سلامت

بنابراین اقتصاد مقاومتی در سلامت یک مدل حکمرانی سلامت است که بر تاب‌آوری (Resilience) نظام سلامت تمرکز دارد.

یکی از سوءبرداشت‌های رایج این است که اقتصاد مقاومتی به معنای کاهش هزینه‌های سلامت است. در حالی که این مفهوم با «ریاضت اقتصادی» تفاوت اساسی دارد. در سیاست‌های ریاضتی معمولاً، بودجه سلامت کاهش می‌یابد، دسترسی به خدمات محدود می‌شود و کیفیت خدمات کاهش پیدا می‌کند. اما در اقتصاد مقاومتی هدف این است که هزینه‌های غیرضروری حذف شوند، منابع به خدمات پر اثر و ضروری هدایت شوند با حفظ کیفیت و تقویت عدالت در دسترسی خدمات؛ بنابراین اقتصاد مقاومتی یعنی افزایش کارایی و تاب‌آوری نظام سلامت، نه صرفاً کاهش هزینه‌ها.

❖ ابعاد اصلی اقتصاد مقاومتی در نظام سلامت

✓ بعد اول: تأمین مالی پایدار نظام سلامت

یکی از مهم‌ترین پایه‌های اقتصاد مقاومتی، پایداری منابع مالی نظام سلامت است. اگر تأمین مالی نظام سلامت به یک منبع خاص وابسته باشد (مثلاً بودجه دولتی)، در زمان بحران اقتصادی سیستم به سرعت دچار مشکل می‌شود.

بنابراین لازم است؛ منابع مالی متنوع شوند، وابستگی به منابع ناپایدار کاهش یابد، ریسک‌های مالی مدیریت شوند. ابزارهای مهم در این حوزه شامل؛ مالیات‌های مرتبط با سلامت (مثل مالیات دخانیات)، نظام بیمه سلامت، مشارکت بخش خصوصی و یارانه‌های هدفمند

✓ بعد دوم: اولویت‌بندی خدمات سلامت

در همه نظام‌های سلامت منابع محدود هستند. بنابراین ارائه همه خدمات ممکن نیست. در اقتصاد مقاومتی باید مشخص شود؛ کدام خدمات بیشترین تأثیر را بر سلامت جامعه دارند. برای این کار از ابزارهایی مانند؛ ارزیابی فناوری سلامت (HTA)، تحلیل هزینه - اثربخشی و تحلیل بار بیماری‌ها استفاده می‌شود.

بر اساس این تحلیل‌ها؛ خدمات ضروری تقویت می‌شوند، خدمات کم‌ارزش یا غیرضروری محدود و منابع به سمت مداخلات پراثر هدایت می‌گردند. این موضوع یکی از مهم‌ترین ابزارهای کنترل هزینه در نظام سلامت است.

✓ بعد سوم: مدیریت راهبردی دارو و تجهیزات پزشکی

دارو و تجهیزات پزشکی بخش بزرگی از هزینه‌های سلامت را تشکیل می‌دهند و در بسیاری از کشورها وابستگی زیادی به واردات دارند. برای مقاوم‌سازی این بخش، باید تولید داخلی داروهای حیاتی تقویت شود، وابستگی به واردات کاهش یابد، ذخایر استراتژیک دارویی، ایجاد و زنجیره تأمین دارو مدیریت شود. همچنین سیاست‌های دارویی باید به سمت مواردی مانند تجویز منطقی دارو، استفاده از داروهای ژنریک، کنترل قیمت دارو و نظارت بر بازار دارویی حرکت نمایند.

✓ بعد چهارم: افزایش کارایی و بهره‌وری

یکی از مشکلات رایج در نظام‌های سلامت، اتلاف منابع است. برخی مصادیق اتلاف منابع، شامل بستری‌های غیرضروری، آزمایش‌های تکراری، مصرف غیرمنطقی دارو و طول بستری بیش از حد می‌باشد. اقتصاد مقاومتی تلاش می‌کند با اصلاح مدیریت و فرآیندهای درمانی، بهره‌وری سیستم سلامت را افزایش دهد و راهکارهایی شامل راهنماهای بالینی (Clinical Guidelines)، مدیریت هزینه بیمارستان‌ها، خرید راهبردی خدمات سلامت و سیستم‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد مورد نیاز است.

✓ بعد پنجم: عدالت در سلامت و پوشش همگانی

اقتصاد مقاومتی اگر به عدالت توجه نکند، می‌تواند منجر به افزایش نابرابری در دسترسی به خدمات شود. بنابراین یکی از اهداف اصلی این رویکرد؛ حفظ پوشش همگانی سلامت (UHC) است. در این چارچوب، باید پرداخت از جیب مردم کاهش یابد، اقشار آسیب‌پذیر حمایت شوند و خدمات پایه سلامت برای همه قابل دسترس باشد. زیرا یکی از شاخص‌های مهم کارآمدی نظام سلامت، حفاظت مالی از مردم در برابر هزینه‌های درمانی است.

✓ بعد ششم: حکمرانی سلامت و نظام اطلاعات

یکی از مهم‌ترین ارکان اقتصاد مقاومتی، حکمرانی کارآمد است. بدون داده و اطلاعات دقیق، تصمیم‌گیری در نظام سلامت نمی‌تواند مؤثر باشد. بنابراین لازم است؛ سیستم اطلاعات سلامت یکپارچه ایجاد شود، داده‌های درمان، هزینه و پیامدهای سلامت، ثبت و تصمیمات مدیریتی مبتنی بر شواهد باشد. حکمرانی خوب در سلامت ویژگی‌هایی مانند شفافیت، پاسخگویی، نظارت مؤثر و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد را با خود دارد.

✓ بعد هفتم: تقویت پیشگیری و مراقبت‌های اولیه

یکی از مهم‌ترین راهبردهای اقتصاد مقاومتی، کاهش نیاز به درمان پرهزینه از طریق پیشگیری است. سرمایه‌گذاری در مواردی مانند واکسیناسیون، کنترل بیماری‌های غیر واگیر، آموزش سلامت و مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) می‌تواند هزینه‌های آینده سلامت را کاهش دهد. در واقع هرچه نظام سلامت بیشتر به سمت پیشگیری حرکت کند، پایداری مالی آن بیشتر خواهد شد.

✓ بعد هشتم: نوآوری و فناوری در سلامت

فناوری می‌تواند نقش مهمی در مقاوم‌سازی نظام سلامت داشته باشد. فناوری‌هایی همچون سلامت دیجیتال، پرونده الکترونیک سلامت، تله‌مدیسیین و هوش مصنوعی در مدیریت سلامت بسیار تاثیرگذار است. این ابزارها می‌توانند؛ هزینه‌ها را کاهش دهند، دسترسی به خدمات را، افزایش و مدیریت منابع را بهبود بخشند.

❖ قابلیت اجرای اقتصاد مقاومتی در نظام سلامت ایران

برای تبدیل این مفهوم از شعار به برنامه اجرایی، باید «ظرفیت‌ها» و «محدودیت‌هایی» نظام سلامت ایران بررسی شود.

نقاط قوت ایران، شامل شبکه گسترده PHC، نظام بیمه‌ای نسبتاً فراگیر، تولید گسترده داروی ژنریک، تجربه بحران‌های سنگین مثل تحریم و کووید ۱۹ و منابع انسانی متخصص و گسترده می‌باشد. در نتیجه زیرساخت پایه، موجود است اما نیازمند بازآرایی است.

چالش‌های جدی اجرایی شامل وابستگی ارزی در دارو و تجهیزات، ناکارآمدی در مصرف منابع، مصرف غیرمنطقی دارو، هزینه‌های بیمارستانی غیرضروری، نبود سیستم یکپارچه داده و فشار مالی بر بیمه‌ها و پرداخت‌های غیرهدفمند می‌باشد. این‌ها مواردی هستند که اگر اصلاح نشوند، هرگونه برنامه اقتصاد مقاومتی را ناکام می‌کنند.

❖ مسیرهای عملی اجرای اقتصاد مقاومتی در ایران

- ✓ اصلاح سیاست‌های دارویی (تمرکز بر داروهای حیاتی، حمایت هدفمند از تولید، واردات بر اساس تحلیل هزینه - اثربخشی و جلوگیری از موازی‌کاری تولید)
- ✓ اصلاح نظام بیمه (حرکت به سمت «پرداخت مبتنی بر ارزش»، کنترل مصرف دارو و خدمات کم‌ارزش، هدفمندشدن پوشش بیمه‌ای)
- ✓ اصلاح زنجیره تأمین دارو (ایجاد ذخایر استراتژیک با مدیریت علمی، دیجیتالی‌سازی کامل زنجیره و پیش‌بینی کمبودها با داده)
- ✓ اصلاح مصرف از طریق Demand-Side Reform (اجرای اجباری گایدلاین‌ها، کنترل نسخه‌نویسی و آموزش پزشکان و افزایش سواد سلامت مردم)
- ✓ تقویت هوشمند تولید داخل (تمرکز بر اقلام حیاتی، توسعه فناوری‌های راهبردی و ارتقای کیفیت به جای گسترش کمی)

❖ جمع‌بندی نهایی

آنچه درباره آن صحبت شد، تنها مجموعه‌ای از مفاهیم اقتصادی یا مدیریتی نبود؛ بلکه تصویری از یک نظام سلامت پایدار، ایمن و عادلانه بود. اقتصاد مقاومتی در سلامت یعنی اینکه سلامت مردم هرگز گروگان تحریم، بحران اقتصادی یا بی‌ثباتی‌های بیرونی نشود. یعنی داروی بیمار مزمن، واکسن کودک، خدمات اورژانس و مراقبت‌های حیاتی، هیچ‌وقت متوقف نشوند.

اقتصاد مقاومتی یعنی اینکه ما بپذیریم منابع همیشه محدودند، اما انتخاب‌های ما می‌تواند هوشمندانه‌تر، مؤثرتر و مبتنی بر شواهد باشد. یعنی به جای افزودن هزینه‌ها، ارزش را افزایش دهیم؛ به جای گسترش

بی‌ضابطه خدمات، اولویت‌بندی کنیم؛ به جای وابستگی، توانمندسازی داخلی را هدف بگیریم و به جای مدیریت روزمره، حکمرانی مبتنی بر داده را جایگزین کنیم.

در واقع، اقتصاد مقاومتی در سلامت بیش از آنکه یک سیاست باشد، یک نگاه است؛ نگاهی که می‌گوید سلامت مردم نباید در برابر تکانه‌ها آسیب‌پذیر باشد و نباید به قیمت بی‌عدالتی یا افزایش هزینه‌های کمرشکن تأمین شود.

اگر امروز بخواهیم فقط یک پیام با خود ببریم، آن پیام این است که نظام سلامت مقاوم، نظامی است که حتی در سخت‌ترین روزها هم، مردم احساس امنیت درمانی کنند. این همان نقطه‌ای است که کارایی، عدالت، پایداری و حکمرانی شفاف به یکدیگر می‌رسند و نظام سلامت را از «بقا» به «تاب‌آوری» و از «تاب‌آوری» به «پیشرفت» می‌رسانند.

بنابراین اقتصاد مقاومتی در سلامت نه یک انتخاب اختیاری، بلکه یک ضرورت ملی است؛ ضرورتی برای امروز و مهم‌تر از آن، برای آینده‌ای که سلامت مردم بیش از هر زمان دیگری به تصمیم‌های درست ما وابسته خواهد بود.

حوزه آموزش:

تحلیل وضعیت موجود و چند پیشنهاد

❖ حوزه آموزش علوم پزشکی

همان‌طور که در مبانی نظری گفته شد؛ یکی از کارکردهای مهم نظام سلامت در جهان بر اساس دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، تولید منابع^{۱۷} می‌باشد. در این کارکرد، یکی از مهمترین فعاليتها، تولید و تربیت نیروی انسانی کارا و موثر حوزه سلامت با داشتن قابلیت‌های لازم برای ارائه خدمت در تمامی سطوح می‌باشد و آموزش عالی حوزه سلامت به عنوان یکی از مهمترین ارکان اجتماعی، این وظیفه را عهده‌دار می‌باشد. با توجه به اینکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ رسالت حفظ و ارتقای سلامت را عهده‌دار می‌باشد؛ وظیفه تولید منابع انسانی مورد نیاز این حوزه مهم و کلیدی را نیز در تعهد دارد. در همین راستا؛ این نقش کلیدی با مسئولیت معاونت آموزشی وزارت بهداشت و از طریق سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و نظارت و با مدیریت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور محقق می‌گردد.

با توجه به نقش کلیدی تربیت نیروی انسانی در ارائه خدمات سلامت، ضرورت توجه به کیفیت آموزش، از مهمترین اولویت‌هاست. در همین راستا، معاونین آموزشی دانشگاه‌ها، ملزم به تحقق این هدف کلیدی (کیفیت) در آموزش هستند. همچنین؛ ترکیب و تنوع این منبع مهم و ارزشمند باید از منظر اقتصادی بازگشت سرمایه^{۱۸} مد نظر قرار گیرد. بنابراین، تحول در آموزش جزء لاینفک سیاست‌های آموزشی دانشگاه‌ها می‌باشد.

الگوی بازگشت سرمایه در سازمان‌های امروزی به عنوان یار استراتژیک برنامه‌ریزی راهبردی سازمان، کمک‌کننده و تسهیل‌گر مدیران ارشد سازمان در امر برنامه‌ریزی راهبردی در حوزه منابع انسانی به شمار می‌رود. در واقع تبدیل نتایج و پیامدهای مهندسی فرآیند آموزش که غالباً کیفی است، به کمیت و تبدیل نامشهودها به ملموس‌ها اساس این الگو را تشکیل می‌دهد که در این فرایند، درصد مشخص نمودن میزان جریان بازگشت منافع مالی و سرمایه‌های آموزش می‌باشد.

^{۱۷} Resource Generation

^{۱۸} Return of Investment

بازگشت سرمایه در آموزش هر چند که در دهه ۱۹۵۰ مطرح گردید؛ اما تا دهه ۱۹۹۰ توجه چندانی به آن نشد. محاسبه بازگشت سرمایه ابتدا در بخش تولید به منظور اندازه‌گیری مدت زمان انجام وظیفه و تعداد تولید؛ شروع و سپس در حوزه بانکی وارد شد و در این حوزه به طور مکرر مورد استفاده قرار گرفت. در حال حاضر بازگشت سرمایه بخش عمده هر حوزه تجاری محسوب می‌شود.

در آموزش نیز، این موضوع به منظور ملموس نمودن مفاهیم آموزش مورد استفاده قرار می‌گیرد. منشاء این مفهوم را می‌توان در انتشارات دونالد کرک پاتریک در زمینه ارزشیابی آموزش ردیابی نمود. پاتریک در سال ۱۹۵۹ بیان کرد که پیامدهای آموزش را می‌توان در چهار سطح مورد سنجش قرار داد. در همان سال‌ها جک فیلیس مسأله بازگشت سرمایه در آموزش را مطرح نمود، اما سال‌ها طول کشید که اهمیت موضوع برای همگان خاطر نشان گردد؛ تا اینکه در اواسط دهه ۱۹۹۰ در کنار یادگیری الکترونیکی به عنوان داغ‌ترین مسائل منابع انسانی و خصوصاً آموزش، در ایالات متحده مطرح شد. اگرچه این دو در ابتدا بسیار عجیب و غریب به نظر می‌رسیدند، اما هر دو به هزینه-اثربخشی آموزش، آموزش هدفمند با توجه به پراکندگی جغرافیایی و مهمتر از همه، دانش اقتصاد-محور که در اوایل قرن ۲۱ مورد توجه شایان قرار گرفت، توجه داشتند.

❖ سیر برنامه‌های تحول در نظام آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

از دهه‌های گذشته برنامه‌های مختلفی از جمله برنامه ارتقای کیفیت آموزش، ایجاد قطبهای آموزشی، فرایند جذب، ارزشیابی، توانمندسازی و ارتقای اعضای هیات علمی، نظام اعتباربخشی آموزشی و برنامه‌های تحول و نوآوری در در معاونت آموزشی طراحی و اجرا گردیده است.

تدوین برنامه‌های تحول آموزش علوم پزشکی زیر مجموعه‌ای از طرحهای تحول در حوزه نظام سلامت است که از دیدگاه سیاستگذاران، زمینه ورود به دانشگاه‌های نسل سوم و چهارم را فراهم می‌کند. متولیان آموزش دانشگاه‌ها، بهتر است از طریق تعامل با اساتید، دانشجویان و نخبگان کشوری، اهداف و ساختارهای حوزه آموزش را دنبال نمایند. طرح تحول آموزش برای اولین بار با تدوین ۱۲ سیاست کلی در حوزه آموزش و ۱۱ بسته عملیاتی توسط معاونت آموزشی وزارت بهداشت در دولت یازدهم با عنوان «بسته‌های تحول و نوآوری آموزش علوم پزشکی مبتنی بر آموزش عالی حوزه سلامت» از شهریور ماه ۱۳۹۴، اجرایی گردید. با

شروع بکار دولت سیزدهم، ادامه طرح تحول آموزش با عنوان «برنامه جامع عدالت، تعالی و بهره‌وری در آموزش پزشکی» با تغییراتی در قالب ۱۰ کارگروه تخصصی کشوری به دانشگاه‌های علوم پزشکی به شرح زیر ابلاغ گردید.

کارگروه‌های تخصصی کشوری در حوزه معاونت آموزشی

- کارگروه مرجعیت علمی و آینده‌نگاری
- کارگروه بین‌المللی‌سازی آموزش علوم پزشکی
- کارگروه پاسخگویی اجتماعی و عدالت آموزشی
- کارگروه همگرایی در تعالی علوم و فن‌آورهای پیشرفته
- کارگروه اخلاق، سلامت معنوی و تعهد حرفه‌ای در آموزش علوم پزشکی
- کارگروه مدیریت جامع کیفیت در آموزش علوم پزشکی
- کارگروه کارآفرینی و کسب و کارهای دانش‌بنیان در آموزش علوم پزشکی
- کارگروه نظام اعتباربخشی آموزشی ملی و تدوین استانداردهای آموزشی
- کارگروه توسعه آموزش و فن‌آوری‌های نوین ارتقای یادگیری
- کارگروه اقتصاد آموزش

هریک از کارگروه‌های تخصصی اهدافی را دنبال می‌کند که تحقق آن‌ها می‌تواند در اعتلای کلی آموزش علوم پزشکی موثر باشد. همچنین، خروجی برخی از این کارگروه‌ها و اجرایی کردن نتایج حاصله در رسیدن به هدف برخی از کارگروه‌های تخصصی دیگر می‌تواند تاثیرگذار و یک همگرایی مناسبی ایجاد نماید.

یکی از این کارگروه‌ها، کارگروه اقتصاد آموزش می‌باشد که ۶ شاخص به شرح زیر برای آن تدوین گردیده است:

- نسبت استاد به دانشجو
- نسبت کارکنان به دانشجو
- محاسبه بهای تمام شده به روش استاندارد

- سرانه تدریس اعضای هیات علمی

- سرانه بودجه عمومی آموزشی دانشجویان

- درصد اشتغال دانش آموختگان

از میان شاخصهای فوق که همگی شاخصهای عینی هستند، تنها شاخص «محاسبه بهای تمام شده به روش استاندارد»، نیازمند وقت و دقت بالایی است که از طریق عملیات حسابداری پیچیده استخراج می‌گردد و مابقی شاخص‌ها، بطور عملی در حوزه معاونت آموزشی جهت برنامه‌ریزی و مشخص شدن وضعیت، به سهولت قابل دسترسی است.

از سال ۱۴۰۱ نیز کارگروه تخصصی اقتصاد آموزش، «محاسبه بهای تمام شده به روش استاندارد» را به عنوان یکی از شاخص‌های این کارگروه تدوین نموده است. با توجه به این که این برآورد در دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سالهای قبل در قالب دو پایان‌نامه ارشد برای برخی رشته-مقاطع و یک پایان‌نامه دکتری انجام شده و خروجی آن تا حد بسیار زیادی تابع تعداد دانشجوی پذیرش شده می‌باشد، آگاهی از عوامل تاثیرگذار و نتایج آن می‌تواند کمک موثری به استفاده بهینه از منابع موجود نماید.

- با توجه به این که میزان استاندارد برای هزینه تمام شده تربیت دانشجو وجود ندارد و با توجه به

این که نتیجه این برآورد، تابع «کمیت پذیرش دانشجو» می‌باشد و دانشگاه‌ها اختیاری در تعیین و انتخاب تعداد دانشجو ندارند، این برآورد صرفاً می‌تواند آگاهی لازم را به سیاستگذاران از منظر میزان هزینه و بازگشت سرمایه در آموزش ارائه نماید. همچنین این سوال که «آیا هزینه تمام شده تربیت دانشجو، پایین باشد خوب است یا بد؟» بستگی دارد به در نظر گرفتن کیفیت آموزش به عنوان یکی از اهداف حدواسطی نظام سلامت که می‌تواند پاسخ این سوال را بدهد.

همان طور که اشاره گردید، با توجه به ارتباط تنگاتنگ کیفیت تربیت نیروی انسانی مورد نیاز حوزه سلامت با کیفیت ارائه خدمت در این حوزه؛ ضرورت توجه به این موضوع الزامی است.

❖ وضعیت موجود دانشکده‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز

بررسی سایت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در ابتدای اردیبهشت ماه ۱۴۰۵ نشان می‌دهد که تنوع دانشکده‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در مجموع ۱۳ دانشکده می‌باشد که تعداد آنها در دانشگاه‌های تیپ یک که دانشجویانی با تنوع تقریباً مشابه در رشته‌های مختلف را تربیت می‌نمایند از نظر تعداد متفاوت می‌باشند.

از منظر ساختاری، دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، شهید بهشتی، شیراز، تبریز با داشتن ۱۱ دانشکده؛ بیشترین تعداد و دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و اهواز با داشتن ۷ دانشکده، کمترین تعداد دانشکده را دارا می‌باشد.

همچنین، دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، شیراز و شهید بهشتی تنها دانشگاه‌هایی هستند که به ترتیب دارای دانشکده‌ای منحصر به فرد با عنوان دانشکده «علوم رفتاری و سلامت روان»؛ دانشکده «مجازی»، و دانشکده «فن‌آوری‌های یادگیری» می‌باشند که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است

جدول شماره ۳: تنوع دانشکده‌ها در برخی دانشگاه‌های تبپ یک کشور

| دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور | پزشکی | دندان پزشکی | داروسازی | مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی | بهداشت | پرستاری | پیرا پزشکی | علوم نوین | فن‌آوری‌های یادگیری | مجازی | توان بخشی | تغذیه | طب سنتی | علوم رفتاری و سلامت روان |
|-----------------------------|-------|-------------|----------|----------------------------|--------|---------|-------------------|-----------|---------------------|-------|-----------|-------|---------|--------------------------|
| شیراز | * | * | * | * | * | * | * | * | NO | * | * | * | NO | NO |
| تهران | * | * | * | NO | * | * | * | * | NO | NO | * | * | * | NO |
| ایران | * | * | * | * | * | * | * | * | NO | NO | * | NO | * | * |
| شهید بهشتی | * | * | * | NO | * | * | * | * | * | NO | * | * | * | NO |
| اصفهان | * | * | * | * | * | * | * | * | NO | NO | * | * | NO | NO |
| تبریز | * | * | * | * | * | * | * | * | NO | NO | * | * | * | NO |
| کرمان | * | * | * | * | * | * | * | NO | NO | NO | NO | NO | * | NO |
| مشهد | * | * | * | NO | * | * | ادغام با توانبخشی | NO | NO | NO | * | NO | * | NO |
| اهواز | * | * | * | NO | * | * | * | NO | NO | NO | * | NO | NO | NO |

❖ پیشنهاد اول: ادغام دانشکده‌ها بر اساس محتوی رشته‌ها در راستای تقویت همگرایی و مدیریت منابع

با توجه به خروجی محاسبات قبلی؛ هزینه حقوق و مزایا (شامل اساتید و کارکنان غیر هیات علمی در بخشهای آموزشی - پژوهشی، اداری - مالی و پشتیبانی) به عنوان یکی از اقلام هزینه‌ای تاثیر گذار در هزینه تربیت دانشجو می‌باشد؛

اعضای هیات علمی به عنوان عامل اصلی تربیت دانشجو و کارکنان غیر هیات علمی به عنوان عامل بار؛ جزو لاینفک سیستمهای آموزشی می‌باشند و کنترل هزینه در این حوزه از طرق زیر انجام می‌شود:

- ✓ دقت در نیازسنجی جذب استاد و برنامه‌ریزی برای جبران کمبود استاد از طریق حق التدریس مشروط به رعایت وضعیت استاد بطوری که توان انجام فعالیتهای دیگر هم داشته باشد.
- ✓ اقدام لازم به منظور وضعیت کاهش کسر واحدهای موظفی اساتید از طریق تغییر ساختار
- ✓ جمع‌کارکنان در صورت امکان و استفاده بهتر و کاراتر از طریق تغییر ساختار

➤ راهبرد لازم به منظور کنترل هزینه

"تغییر ساختار" به عنوان راهبرد کلیدی در راستای کنترل هزینه در بخش آموزش می‌باشد که منجر به تحقق عینی شاخص‌های اقتصاد آموزش در دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌گردد. این تغییر، دو پیامد دارد. اولین پیامد، به اثرات اقتصادی مستقیم و پیامد دوم از طریق کاهش فرایندها و کاهش میزان ارتباطات، به اثرات غیر مستقیم اقتصادی در حوزه آموزش منجر می‌گردد.

➤ خروجی اول: نتیجه اقتصادی مستقیم

با توجه به هزینه‌های بالای نیروی انسانی (هیات علمی و غیر هیات علمی) در بخش آموزش، اقدام عملی پیشنهادی تغییر ساختار حوزه آموزش به کنترل هزینه‌ها به شدت کمک می‌کند. منظور از تغییر ساختار، جمع‌یا ادغام دانشکده‌ها با توجه به ماهیت رشته‌ها و مصرف منابع مشترک می‌باشد.

✓ اقلام کنترل هزینه در حوزه هیات علمی:

در ساختار هر دانشکده یک رئیس و کم و بیش چهار معاونت آموزشی، پژوهشی، پشتیبانی و دانشجویی - فرهنگی وجود دارد که تقریباً همه آنها عضو هیات علمی هستند و تصدی این مسئولیتها را به عهده دارند که بر اساس قوانین آموزشی دانشگاه مشمول کسر واحد می گردند.

ادغام دانشکدهها حداکثر در شش دانشکده، سالانه منجر به حفظ منبع مهم و ارزشمند نیروی انسانی هیات علمی به میزان بیش از ۳۰۰ واحد در هر سال تحصیلی می گردد که معادل تامین اساتید برای یک دوره هفت ساله رشته پزشکی عمومی می گردد.

✓ ارقام کنترل هزینه در حوزه کارکنان غیر هیات علمی:

در ساختار دانشکدهها، پرسنل غیر هیات علمی به شرح زیر فعالیت دارند:

- مسئول دفتر رئیس دانشکده
- مسئول کتابخانه (و سایر کادر کتابخانه غیر از مسئول)
- مسئول حراست (و سایر کادر حراست غیر از مسئول)
- مسئول واحد آموزش (و سایر کادر آموزش غیر از مسئول)
- مسئول حسابداری (و سایر کادر حسابداری غیر از مسئول)
- مسئول کارگزینی
- منشی رئیس دانشکده

ادغام پیشنهادی دانشکدهها به شرح فوق، منجر به حفظ منابع و تجمیع نیروها و کاهش آنها در حوزه غیر هیات علمی و انتقال آنها به سایر مراکز بهداشتی و درمانی نیازمند نیرو می گردد.

✓ ارقام کنترل هزینه در حوزه فضای آموزشی:

- صرفه جویی در فضای اختصاصی دفتر ریاست دانشکده
- صرفه جویی در فضای اختصاصی چهار معاونت آموزشی، پژوهشی، پشتیبانی و دانشجویی - فرهنگی
- صرفه جویی در فضای سالنهای کنفرانس
- صرفه جویی در فضای کتابخانه (در صورت احداث یک کتابخانه مرکزی برای کل دانشگاه که وضعیت هم بهتر خواهد شد)

- صرفه جویی در فضاهای اداری و مالی
- حفظ منابع انرژی
- استفاده بهینه از فضاها و تجهیزات آزمایشگاهی مشترک

➤ **خروجی دوم: چابک شدن فرایندها و خروجی اقتصادی غیر مستقیم**

با توجه به ارتباط بین واحدهای مختلف حوزه معاونت آموزشی از جمله مرکز توسعه پزشکی و اداره کل آموزش با دانشکده‌ها و وجود دفاتر توسعه در دانشکده‌های مختلف؛ ادغام دانشکده‌ها منجر به چابک شدن فرایندها، تسریع در انجام فعالیتها، ارتقای کیفیت و نظارت بهتر خواهد شد که هم صرفه اقتصادی دارد و هم کیفیت تحت تاثیر قرار خواهد گرفت.

صرفه جویی در وقت معاون آموزشی دانشگاه و اختصاص وقت بیشتری به روسای دانشکده‌ها جهت تبادل نظر و رفع چالشها و همچنین ایجاد رضایت‌مندی بالاتر از دیگر مزایای ادغام می‌باشد.

همجواری رشته‌های متنوع با ادغام دانشکده‌ها، راه را برای تحقق پژوهش‌های بین رشته‌ای از طریق تعامل بین متخصصین رشته‌های مختلف فراهم خواهد ساخت.

❖ **پیشنهاد دوم باز توزیع منابع در بخش آموزش:**

- جلوگیری از توسعه مجتمع‌های آموزشی علوم پزشکی در شهرستان‌ها و یا در صورت امکان تعطیلی آنها با توجه به وجود رشته‌های مربوطه در دانشگاه‌های مرکز استان در جهت باز توزیع منابع مالی و همچنین تضمین کیفیت آموزشی ناشی از زیرساخت‌های ضعیف
 - جلوگیری از انشقاق بیش از حد گروه‌های آموزشی در راستای تحقق همگرایی، دستیابی به مرجعیت علمی، کاهش بار مالی و همچنین استفاده مشترک و بهینه از فضاها و امکانات آموزشی
 - جلوگیری از ایجاد رشته‌هایی در مقاطع تحصیلات تکمیلی که بخشی از فن‌آوری‌ها و یا تکنیک‌های رشته‌های ماژور هستند و تلاش جهت ادغام آنها از طریق بوردهای مختلف وزارتخانه در راستای مدیریت منابع و تقویت کیفیت آموزش
- برای مثال گروه‌های علمی دانشکده سلامت عمومی^{۱۹} دانشگاه هاروارد، بصورت زیر است که در برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی، در قالب چهار دانشکده مجزا تعریف شده است.

Harvard T.H. Chan School of Public Health

Academic Departments, Divisions, and Centers

Academic Departments

- Biostatistics
- Environmental Health
- Epidemiology
- Global Health and Population
- Health Policy and Management
- Immunology and Infectious Diseases
- Molecular Metabolism
- Nutrition
- Social and Behavioral Sciences

^{۱۹} School of Public Health

حوزه درمان:

تحلیل وضعیت تخت‌های بیمارستانی

❖ تخت‌های بیمارستانی به عنوان یکی از منابع مهم در بخش سلامت

با توجه به چارچوب سازمان جهانی بهداشت، یکی از موارد مهم و حیاتی در کارکرد «ارایه خدمت»، تخت‌های بیمارستانی می باشد. در همین راستا، توزیع تخت به عنوان یکی از ورودی‌های مهم نظام سلامت از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است و می‌تواند به عنوان یکی از شاخص‌های نحوه توزیع خدمات به کار رود. بنابراین با توجه به اهمیت منابع بیمارستان و تخصیص کارای پرسنل و تجهیزات بیمارستان بر اساس تعداد تخت، توزیع تخت یکی از مهمترین مسائل مدیریت بیمارستان‌های امروزی است.

تصمیم‌گیرندگان نظام سلامت در محیط بیمارستانی با محدودیت منابع و نیازهای نامحدود مردم مواجه هستند که این شرایط ویژه اقتصادی را در بیمارستان ایجاد می‌کند. کمبود و توزیع نامناسب تخت منجر به کاهش خدمات به بیماران و توزیع ضعیف پرستاران، پزشکان و تجهیزات پزشکی می‌شود.

طبق گزارش بانک جهانی در سال ۲۰۱۷ ژاپن با ۱۳/۰۵ تخت به ازای هر هزار نفر جمعیت و بعد از آن کره جنوبی با ۱۲/۴۳ تخت و بلغارستان با ۷/۴۵ تخت بیشترین تعداد تخت را در دنیا داشتند. و کشورهای افغانستان، نیجریه و گواتمالا کمترین تعداد تخت را به خود اختصاص دادند که نشان‌دهنده منابع محدود در کشورهای کم درآمد است. در ایران طبق آخرین آمار بانک جهانی شاخص تعداد تخت به ازای هر هزار نفر جمعیت ۱/۶ در سال ۲۰۱۷ می‌باشد که با میانگین جهانی که ۲/۸۹ می‌باشد؛ فاصله زیادی دارد.

با توجه به این که حوزه درمان اغلب بار مالی نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهد؛ ضرورت دارد، در تاسیس و راه اندازی و همچنین توسعه بیمارستانها توجه ویژه‌ای شود و با در نظر گرفتن میزان نیاز و همچنین توجه به شاخص‌های کلیدی بیمارستان‌ها به ویژه درصد اشغال تخت دقت لازم صورت پذیرد.

برای نمونه وضعیت بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز از منظر درصد اشغال تخت همراه با تاریخ‌های بهره‌برداری در جدول زیر آورده شده است.

جدول شماره ۴: وضعیت بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه از منظر تعداد تخت و درصد اشغال

| بیمارستان | سال بهره برداری | تعداد تخت مصوب | تعداد تخت فعال | درصد اشغال | ملاحظات |
|--------------------|-----------------|----------------|----------------|------------|---------------|
| بیمارستان شماره ۱ | ۱۳۲۲ | ۵۵۴ | ۴۳۷ | ۷۸.۲ | |
| بیمارستان شماره ۲ | ۱۳۲۹ | ۱۳۰ | ۱۲۹ | ۷۹.۴ | |
| بیمارستان شماره ۳ | ۱۳۳۰ | ۲۸۵ | ۲۲۷ | ۶۶.۷ | |
| بیمارستان شماره ۴ | ۱۳۳۴ | ۷۵۶ | ۹۵۷ | ۸۳.۹ | |
| بیمارستان شماره ۵ | ۱۳۴۵ | ۱۰۰ | ۷۸ | ۴۰ | |
| بیمارستان شماره ۶ | ۱۳۴۹ | ۱۳۹ | ۱۸۳ | ۷۷.۱ | |
| بیمارستان شماره ۷ | ۱۳۵۸ | ۵۰۰ | ۲۱۲ | ۹۴.۳ | |
| بیمارستان شماره ۸ | ۱۳۵۹ | ۱۵۳ | ۱۷۰ | ۷۵.۲ | |
| بیمارستان شماره ۹ | ۱۳۶۳ | ۳۲ | ۳۳ | ۱۳.۶ | |
| بیمارستان شماره ۱۰ | ۱۳۶۵ | ۲۰۲ | ۱۹۸ | ۷۶ | در حال نوسازی |
| بیمارستان شماره ۱۱ | ۱۳۶۶ | ۱۳۷ | ۱۳۹ | ۷۵.۳ | |
| بیمارستان شماره ۱۲ | ۱۳۶۹ | ۸۶ | ۵۴ | ۵۰.۲ | بستری اورژانس |
| بیمارستان شماره ۱۳ | ۱۳۷۱ | ۱۲۰ | ۲۲۳ | ۹۹.۱ | |
| بیمارستان شماره ۱۴ | ۱۳۷۲ | ۳۸ | ۳۶ | ۴۵.۹ | |
| بیمارستان شماره ۱۵ | ۱۳۷۲ | ۲۹ | ۳۱ | ۲۷.۵ | |
| بیمارستان شماره ۱۶ | ۱۳۷۳ | ۶۲ | ۵۰ | ۶۲.۷ | |
| بیمارستان شماره ۱۷ | ۱۳۷۶ | ۱۵۹ | ۱۶۳ | ۷۵.۵ | |
| بیمارستان شماره ۱۸ | ۱۳۷۸ | ۱۰۳ | ۱۷۸ | ۷۴.۲ | |
| بیمارستان شماره ۱۹ | ۱۳۷۹ | ۹۶ | ۱۳۹ | ۷۱ | |
| بیمارستان شماره ۲۰ | ۱۳۷۹ | ۴۸ | ۶۲ | ۴۱.۸ | |
| بیمارستان شماره ۲۱ | ۱۳۸۰ | ۱۱۱ | ۱۲۷ | ۵۳.۱ | |
| بیمارستان شماره ۲۲ | ۱۳۸۱ | ۱۶۴ | ۱۸۶ | ۷۵ | |
| بیمارستان شماره ۲۳ | ۱۳۸۳ | ۲۰۰ | ۲۴۵ | ۶۸.۵ | |
| بیمارستان شماره ۲۴ | ۱۳۸۳ | ۳۵ | ۳۱ | ۴۱.۵ | |
| بیمارستان شماره ۲۵ | ۱۳۸۴ | ۳۷ | ۳۲ | ۶۰.۷ | بستری اورژانس |
| بیمارستان شماره ۲۶ | ۱۳۸۴ | ۹۸ | ۶۲ | ۳۸.۲ | |
| بیمارستان شماره ۲۷ | ۱۳۸۷ | ۳۵۹ | ۳۱۰ | ۷۶ | |

ادامه جدول شماره ۴: وضعیت بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه از منظر تعداد تخت و درصد اشغال

| بیمارستان | سال بهره | تعداد تخت | تعداد تخت | درصد | ملاحظات |
|--------------------|----------|-----------|-----------|------|---------|
| بیمارستان شماره ۲۸ | ۱۳۸۸ | ۹۶ | ۱۱۳ | ۸۰.۲ | |
| بیمارستان شماره ۲۹ | ۱۳۸۸ | ۶۴ | ۴۲ | ۳۷.۲ | |
| بیمارستان شماره ۳۰ | ۱۳۸۹ | ۴۶ | ۶۰ | ۴۳.۲ | |
| بیمارستان شماره ۳۱ | ۱۳۹۱ | ۳۲ | ۳۳ | ۳۱.۱ | |
| بیمارستان شماره ۳۲ | ۱۳۹۱ | ۳۲ | ۴۰ | ۲۶.۴ | |
| بیمارستان شماره ۳۳ | ۱۳۹۲ | ۳۲ | ۱۵ | ۵.۸ | |
| بیمارستان شماره ۳۴ | ۱۳۹۴ | ۴۰ | ۶۸ | ۹۸.۴ | |
| بیمارستان شماره ۳۵ | ۱۳۹۴ | ۱۸۳ | ۲۹۲ | ۹۰.۶ | |
| بیمارستان شماره ۳۶ | ۱۳۹۴ | ۳۷ | ۳۰ | ۳۲ | |
| بیمارستان شماره ۳۷ | ۱۳۹۴ | ۳۲ | ۱۳ | ۳۰.۹ | |
| بیمارستان شماره ۳۸ | ۱۳۹۴ | ۶۴ | ۱۸ | ۹ | |
| بیمارستان شماره ۳۹ | ۱۳۹۵ | ۶۲ | ۸۰ | ۷۲.۴ | |
| بیمارستان شماره ۴۰ | ۱۳۹۵ | ۱۱۱ | ۱۰۵ | ۵۲.۵ | |
| بیمارستان شماره ۴۱ | ۱۳۹۵ | ۶۴ | ۴۰ | ۲۴.۳ | |
| بیمارستان شماره ۴۲ | ۱۳۹۶ | ۶۴ | ۳۶ | ۴۹.۴ | |
| بیمارستان شماره ۴۳ | ۱۳۹۹ | ۱۱۵ | ۸۸ | ۷۹.۵ | |
| بیمارستان شماره ۴۴ | ۱۴۰۰ | ۱۰۵ | ۱۱۸ | ۶۹.۲ | |
| بیمارستان شماره ۴۵ | ۱۴۰۱ | ۱۱۲ | ۱۰۸ | ۳۷.۴ | |
| بیمارستان شماره ۴۶ | ۱۴۰۱ | ۳۲ | ۱۰ | ۲۴.۱ | |
| بیمارستان شماره ۴۷ | ۱۴۰۲ | ۶۴ | ۱۴ | ۱۰۰ | |
| بیمارستان شماره ۴۸ | ۱۴۰۳ | ۳۲ | ۵ | ۱۰۰ | |
| بیمارستان شماره ۴۹ | ۱۴۰۴ | ۲۸۹ | ۴۷ | ۸۷ | |
| جمع کل | | ۶۴۴۱ | ۶۰۶۷ | - | - |

همانطور که در بالا اشاره شد، تا میانگین جهانی با آمارهای سال ۲۰۱۷، حدود ۱/۲۹ تخت به ازای هر هزار نفر جمعیت، کمبود وجود دارد. از طرفی درصد اشغال تخت‌ها نشان می‌دهد که توزیع آنها در برخی مناطق نامناسب است که دلایل متعددی از جمله نبود امکانات و لوازم مصرفی پزشکی و دارویی، خرابی دستگاه‌ها و تجهیزات، نبود پزشک و پرسنل، عدم اعتماد بیماران به برخی بیمارستان‌ها و ... دارد.

بررسی جدول مذکور موارد متعددی از عدم کارایی را نشان می‌دهد:

➤ درصد اشغال تخت در حدود نیمی از بیمارستانها (۲۲ بیمارستان)، کمتر از ۶۰ درصد می‌باشد و این موضوع نشان می‌دهد که با توجه به تعریف بهیئگی استفاده از بیمارستانها با ۸۵ درصد اشغال تخت، قالب بیمارستانها از کارآمدی لازم برخوردار نیستند و موجب اتلاف زیاد منابع می‌گردد و پایداری تامین مالی را به شدت متزلزل می‌نماید.

➤ در نزدیک به ۴۰ درصد از بیمارستان‌ها (۱۹ بیمارستان)، تختهای فعال کمتر از تخت‌های مصوب (با تفاوت بیش از ۱۰ تخت) هست و این موضوع نشان می‌دهد که ساختار بیمارستان برای تعداد تختهای مصوب پیش بینی شده در حالیکه با ظرفیت کمتری کار می‌کند.

➤ نگاهی به تاریخ بهره‌برداری بیمارستان‌ها، نشان می‌دهد ۹ بیمارستان بالای ۴۰ سال قدمت دارد که نزدیک به ۴۰ درصد تختهای فعال بیمارستان‌ها را به خود اختصاص می‌دهند و ساختمانهای فرسوده آنها نیاز به نوسازی و تعمیرات اساسی دارد که ضرورت توجه به این موضوع را دو چندان می‌کند و این بیمارستانها اصولاً بار آموزشی دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی را به خود اختصاص می‌دهد.

• با توجه به چنین چالشهایی موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

➤ بررسی علل کاهش استفاده از ظرفیت بیمارستانها و تلاش در جهت رفع آنها به منظور استفاده بهینه از تخت‌ها از جمله تامین پزشک و پرسنل مورد نیاز، تامین تجهیزات، تامین دارو و لوازم مصرفی پزشکی، ارتقای کیفیت فیزیکی و بالینی خدمات ارائه شده و ...

➤ تاسیس و راه اندازی بیمارستان‌ها متناسب با نیاز و در موقعیت‌های درست

➤ با توجه به شیوع بیماری‌های اعصاب و روان در جامعه و کمبود تخت مورد نیاز، تغییر کاربری لازم در حوزه تخت‌های بیمارستان و تبدیل آن به بخش اعصاب و روان ضرورت می‌یابد.

➤ تغییر رویه از بیمارستانها کوچک به سمت بیمارستانهای بهینه با در نظر گرفتن این که بازدهی نسبت به مقیاس بیمارستانهای کوچک، کاهنده^{۲۰} می باشد. تعداد بهینه تخت در یک بیمارستان حدودا بین ۲۰۰ تا ۳۰۰ تخت پیشنهاد می شود. کمتر از ۲۰۰ و بیشتر از ۶۰۰ تخت، غیر بهینه است. در این سطح از ارائه خدمات در یک بیمارستان، صرفه های ناشی از مقیاس وجود خواهد داشت.

^{۲۰} Decrease Return to Scale

حوزه خرید خدمت:

سازمان‌های بیمه‌گر

❖ وضعیت صندوق‌های بیمه‌ای در ایران

با رجوع به چارچوب‌های اهرم‌های کنترل نظام سلامت و ارزیابی عملکرد نظام سلامت سازمان جهانی بهداشت و همچنین چارچوب بلوک‌های سازنده نظام سلامت، مشاهده می‌گردد؛ تامین مالی یکی از ابزارهای مهم در نظام سلامت می‌باشد. یکی از راه‌های تامین مالی حوزه سلامت، نظام‌های بیمه‌ای هستند که ضمن حفاظت مالی قوی از بیمه شدگان می‌تواند به افزایش کیفیت، ارتقای عدالت و جلوگیری از هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت بکاهد.

در ایران نظام‌های بیمه‌ای متعددی وجود دارد و از نظر انباشت ریسک در وضعیت سیستم انباشت ریسک پراکنده قرار دارد. چندین صندوق در حوزه انباشت ریسک فعالیت می‌کنند. در این زمینه می‌توان به صندوق‌های بیمه‌گر پایه (مانند سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی، بیمه نیروهای مسلح، و کمیته امداد)، بیمه‌های بازرگانی دولتی و غیر دولتی، سازمان‌های با ماهیت بیمه‌ای مثل شهرداری تهران و گروه‌های دولتی با امتیازات ویژه بیمه‌ای (مثل سازمان بهداشت و درمان شرکت نفت، بیمه کلیه بانک‌های دولتی، بیمه کارکنان صدا و سیما، بیمه موجود در بعضی از وزارتخانه‌ها و...) اشاره کرد.

ادامه چنین روندی و پراکندگی و تعدد صندوق‌های بیمه‌ای در کشور، نتیجه‌ای جز گسترش ناعدالتی و ناکارایی نخواهد داشت. از نگاه عدالت این پراکندگی به این مفهوم است که جامعه پذیرفته است که تک تک افراد جامعه و یا گروه‌هایی از جامعه که عمدتاً افراد با توان مالی کمتر هستند خود خطرات ناشی از هزینه‌ها و مراقبت‌های سلامت را بر عهده بگیرند و بنابراین خطرات به طور متناسبی بین افراد تقسیم نشده است. از نگاه کارایی با پراکندگی انباشت منابع امکان کاهش عدم قطعیت‌ها ناشی از هزینه‌ها و مراقبت‌های سلامت که یکی از اهداف نهایی تمامی نظام‌های سلامت است به سختی رخ خواهد داد.

در طول سالیان گذشته قوانین مختلفی در ایران در جهت کاهش پراکندگی در سیستم بیمه سلامت و رفع مشکلات ناشی از این پراکندگی تصویب شده است که با درجات مختلفی از موفقیت همراه بوده‌اند.

با وضع قانون پوشش بیمه همگانی در سال ۱۳۷۳ و تشکیل شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمرکز برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، هماهنگی و نظارت بر عملکرد سازمان‌های بیمه درمانی، شرایطی فراهم شد که

در آن بین سازمان‌های بیمه‌گر هماهنگی و وحدت رویه بیشتری پدید آمد. همه سازمان‌های بیمه‌گر پایه درمان تابع قانون و ایین نامه اجرایی شورای عالی بیمه بودند و هرچند منابع مالی متفاوتی داشتند اما سطح تعهدات و نحوه ارائه خدمات آنها یکسان شد.

در سال ۱۳۸۱ قانون ساماندهی بهداشت و درمان به منظور ارائه خدمات بیمه پایه یکسان، تمرکز آمار بیمه شده‌ها و صدور دفترچه‌ها از یک سازمان برای تمام بیمه شده‌ها تصویب شد. در سال ۱۳۸۳ در جهت اجرای برخی الزامات ساختاری از قبیل نیاز به تفکیک بین نهادهای نظارت کننده، ارائه دهنده و خریدار خدمات درمانی، نیاز به یک متولی واحد برای اعمال نظارت و حاکمیت بر سطوح مختلف نظام تامین اجتماعی، ضرورت همسویی و هماهنگی بین لایه‌های مختلف بیمه‌ای و حمایتی، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی تصویب شد و در اجرای آن وزارت رفاه و تامین اجتماعی فعالیت خود را آغاز کرد.

در قانون برنامه پنجم توسعه در فاصله ساله‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ به یکپارچگی و تجمیع آنها اشاره شده است که متأسفانه در برخی موارد در سال‌های اخیر وضعیت هم بدتر گردیده است. نگاهی به وضعیت سازمان‌های بیمه‌گر در سالهای قبل نشان می‌دهد که چالشهای به شرح زیر در ساختار بیمه‌ای وجود دارد:

➤ پراکندگی بیمه‌ها و عدم توزیع ریسک بین آنها (چند سازمان بیمه پایه بزرگ و صندوق‌های سازمانی

متعددی مانند شرکت نفت، صدا و سیما، بانکها و ...)

➤ تفاوت در بسته خدمات بیمه‌های پایه علی‌رغم تشکیل شورای عالی بیمه

➤ تفاوت در سرانه هزینه‌ای بین سازمانهای مختلف بیمه

➤ افزایش هزینه‌های پرداخت از جیب

➤ همپوشانی در آمار بیمه شده‌ها

➤ عدم مشارکت صندوق‌های کوچک و با منابع مالی کافی در سیستم بیمه سلامت و صندوقهای بیمه

پایه و کسری بودجه صندوقهای بیمه پایه

➤ عدم شفافیت در آمار و اطلاعات هم در بعد جمعیت و هم در بعد هزینه سرانه در سیستم بیمه سلامت برای سیاستگذاری و تصمیم گیری و مهمتر از همه عدم موفقیت در اجرای یکپارچه سازی مجازی و سیاستی

بنابراین تجمیع سازمانهای بیمه گر دارای مزایای زیر می باشد که توجه به آنها می تواند کمک بسیار موثری در حوزه سلامت و تامین مالی و ارتقای اهداف بینابینی سلامت گردد.

➤ کاهش هزینه های اداری و مدیریتی: با حذف موازی کاری و تجمیع ساختارها، هزینه های دفاتر، نیروی انسانی، سیستم های فناوری اطلاعات و سایر هزینه های سربار کاهش می یابد.

➤ افزایش قدرت چانه زنی و خرید خدمات سلامت: یک صندوق واحد قدرت بیشتری در مذاکره با ارائه دهندگان خدمات (بیمارستان ها، داروخانه ها، پزشکان) برای کاهش تعرفه ها و کنترل هزینه ها خواهد داشت.

➤ بهبود عدالت و کاهش تبعیض: در سیستم چندصندوقی، اغلب صندوق های مختلف پوشش ها و خدمات متفاوتی ارائه می دهند. تجمیع باعث یکسان شدن تعرفه ها، خدمات و شرایط برای همه بیمه شدگان می شود.

➤ کاهش هزینه های جیب مردم: با حذف رقابت ناسالم و پوشش های نابرابر، افراد مجبور به خرید بیمه تکمیلی یا پرداخت فرانشیزهای بالا نمی شوند.

➤ مدیریت یکپارچه ریسک و توزیع بهتر بار مالی: تجمیع باعث می شود جمعیت بیشتری در یک صندوق قرار گیرد که ریسک بیمه ای را پخش می کند و از تمرکز افراد پرمخاطره در یک صندوق خاص جلوگیری می شود.

➤ کاهش تقاضای سوداگرانه و پوشش مضاعف: با یکسان شدن قوانین و پوشش ها، انگیزه برای بیمه شدن همزمان در چند صندوق کاهش یافته و هزینه های اضافی حذف می شود.

- شفافیت و پاسخگویی بیشتر: یک صندوق واحد نظارت و ارزیابی را ساده تر کرده و پاسخگویی را افزایش می دهد.
- یکسان سازی پایگاه داده و نسخه نویسی الکترونیک: امکان پیاده سازی سیستم های یکپارچه اطلاعات سلامت و نسخه الکترونیک به صورت کامل و بدون تداخل فراهم می شود.
- بهبود برنامه ریزی و سیاست گذاری سلامت: اطلاعات کامل و یکپارچه از کل جمعیت، امکان تحلیل دقیق تر هزینه-اثر بخشی و تخصیص بهینه منابع را فراهم می کند.
- کاهش فرار و سوء استفاده مالی: با از بین رفتن خلأ های بین صندوقی و عدم تطابق قوانین، امکان سوء استفاده کاهش می یابد.

❖ **پیشنهادات:**

- ✓ تفکیک وظایف تامین مالی و اریه خدمت؛ دقیقاً در خلاف همین وظیفه که در همه نظام های سلامت پیشرفته دنیا رعایت می گردد؛ سازمان بیمه سلامت، سال های قبل از وزارت رفاه، انتزاع و به وزارت بهداشت پیوست.
- ✓ ادغام و یکپارچگی سازمان های بیمه گر پایه به دلایلی که در متن هم به آن اشاره گردید.
- ✓ تا زمان یکپارچگی سازمان های مزبور، در راستای ایجاد عدالت، تلاش شود پوشش بیمه ای مشابه برای بسته های خدمتی مختلف در نظر گرفته شود.

References:

- Bazyar M, Yazdi-Feyzabadi V, Rahimi N, Rashidian A. What are the potential advantages and disadvantages of merging health insurance funds? A qualitative policy analysis from Iran. *BMC Public Health*. ۲۰۲۰ Aug ۳۱;۲۰(۱):۱۳۱۵.
- Bazyar M, Rashidian A, Alipouri Sakha M, Vaez Mahdavi MR, Doshmangir L. Combining health insurance funds in a fragmented context: what kind of challenges should be considered?. *BMC health services research*. ۲۰۲۰ Jan ۸;۲۰(۱):۲۶.
- Eich MR, Yazbeck AS, Berman P, Bitran R, Bossert T, Escobar M-L, et al. Lessons from ۲۰ years of capacity building for health systems thinking. *Health Systems & Reform*. ۲۰۱۶;۲(۳):۲۱۳-۲۱.
- Elbukhari Ibrahim M, Blanchet K. Resilient health systems appraisal model. whole-of-system approach to health system resilience in fragile contexts: a best-fit framework synthesis. *Conflict and Health*. ۲۰۲۰ Dec;۱۹(۱):۹۴.
- Giancotti M, Guglielmo A, Mauro M. Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. *PloS one*. ۲۰۱۷ Mar ۲۹;۱۲(۳):e۰۱۷۴۵۳۳.
- Islamic Parliament Research Center. Constitution of the Islamic Republic of Iran. Available from: http://rc.majlis.ir/fa/content/iran_constitution.
- Olu O. Resilient health system as conceptual framework for strengthening public health disaster risk management: an African viewpoint. *Frontiers in public health*. ۲۰۱۷ Sep ۲۸;۵:۲۶۳.
- Olyaeimanesh A, Abolhallaje M, Zanganeh M, et al. National Health Accounts Islamic Republic of Iran-۲۰۰۸, ۲۰۱۳ [In Persian].
- Paolucci F. Health care financing and insurance: options for design: Springer; ۲۰۱۱.
- Rahimisadegh R, Noori Hekmat S, Mehrolhassani MH, Jafari Sirizi M. Iran's health insurance ecosystem: challenges and strategies. *BMC Public Health*. ۲۰۲۴ Sep ۱۱;۲۴(۱):۲۴۷۰.
- Rojuee M, Ramezani M, Hesari MR, Bor Bor Jafari M. Designing performance evaluation indicators by using ahp and bsc approaches (case of study: social security organization of Mashhad). *Social Welfare Quarterly*. ۲۰۱۷;۱۷(۶۴):۱۳۳-۶۰.

- Sadough VH, Veysi H, Alipour AA. Appraisal of attitudes toward sustainable development. ۲۰۰۸.
- Schieber G, Maeda A. A Curmudgeon's Guide to Health Financing. Washington, World Bank; ۱۹۹۷.
- Van Olmen J, Marchal B, Van Damme W, Kegels G, Hill PS. Health systems frameworks in their political context: framing divergent agendas. BMC Public Health. ۲۰۱۲;۱۲(۱):۱-۱۳.
- World Health Organization. The World health report: ۲۰۰۰: Health systems: improving performance. ۲۰۰۰.
- World Health Organization. Building health system resilience to public health challenges: guidance for implementation in countries. World Health Organization; ۲۰۲۴ Jun ۱۹.
- World Health Organization. Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-۱۹ pandemic and beyond: WHO position paper. World Health Organization; ۲۰۲۱.
- اعتمادی م، امامقلی پور س، پوررضا ا، تبریزچی ن، حسینی س ج، شاهی م، فیاض بخش ا، کیان م ج، محقق م ع. راهبردهای تحقق اقتصاد مقاومتی در سلامت. مجله فرهنگ و ارتقای سلامت. ۱۳۹۸؛ ۳(۳): ۲۴۹-۲۳۲
- تبریزچی ن، امامقلی پور س، پوررضا ا، اعتمادی م، حسینی س ج، شاهی م، و همکاران. مروری بر اقتصاد مقاومتی در نظام سلامت: محورهای کلان اولویت دار و موضوعات اختصاصی. مجله فرهنگ و ارتقای سلامت (فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران). ۱۳۹۸؛ ۳(۳): ۲۴۹-۲۳۲
- زارعی ح، سلطانی ح. اقتصاد مقاومتی در نظام سلامت ایران: مطالعه مروری نقلی. مجله علوم پزشکی صدرا. ۱۴۰۰؛ ۱۰(۱): ۷۹-۹۰. doi:10.30476/SMSJ.2022.90102.1219
- کریمی، مرضیه، و درویش نوری، سیمین. (۱۳۹۸). مقاله مروری: فقر و توسعه پایدار محیط زیست (با تأکید بر نقش جنسیت). مدیریت محیط زیست و توسعه پایدار، ۲(۰). SID. <https://sid.ir/paper/۵۲۳۵۱۵/fa>
- هدایتی، علی اصغر، و زینالی، صادق. (۱۳۸۷). سلامت؛ محور توسعه پایدار (نامه به سردبیر). پایش، ۸(۱)، ۹۵-۹۳. SID. <https://sid.ir/paper/۴۳۹۱۳۵/fa>