



بناام خدا

## گزارش خلاصه

# از کتاب سلامت در جمهوری اسلامی ایران



اردیبهشت ۱۴۰۱

مدیریت روابط عمومی (رسانه سینا)

## «فهرست مطالب»

۱. برقراری نظام شبکه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت ..... ۲
۲. ادغام آموزش پزشکی و نظام ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی کشور به‌عنوان الگویی موفق برای توسعه‌ی عدالت در سلامت (خودکفایی در تربیت نیروی انسانی علوم پزشکی و توسعه‌ی شبکه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی درمانی) ..... ۳
- آموزش پزشکی ..... ۳
- تحقیقات و فن‌آوری ..... ۶
۳. تحول در نظام سلامت ..... ۱۱
۴. چالش‌های قانون‌گذاری در نظام سلامت ..... ۱۳
۵. چالش‌های مدیریت در نظام سلامت ..... ۲۰

## ۱. برقراری نظام شبکه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت

گسترش شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی در کشور، همراه با کسب موفقیت‌های زیادی در نظام سلامت کشور بود.

پوشش ایمن‌سازی کودکان زیر یک سال کشور در سال ۱۳۷۰ بیش از ۹۰ درصد، در سال ۱۳۸۰ بیش از ۹۵ درصد و در سال ۱۳۹۹ نزدیک به ۱۰۰ درصد بوده است.

تمام کودکان کشور علیه بیماری‌های دیفتتری، سیاه‌سرفه، کزاز، فلج اطفال، سرخک، سرخجه، اوریون، سل و هپاتیت B واکسینه می‌شوند.

بیماری‌های سرخک، سرخجه مادرزادی، و کزاز نوزادی در مرحله‌ی حذف قرار دارند. از سال ۱۳۸۰ تاکنون، کشور عاری از بیماری فلج اطفال است و بیماری‌های دیفتتری، سیاه‌سرفه و اوریون کنترل‌شده‌اند. از دیگر دستاوردهای این حوزه، موارد زیر را می‌توان عنوان کرد:

- وجود شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی با پوشش بالای ۹۵ درصد در مناطق روستایی
- احداث خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های بهداشتی، توسعه‌ی مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و شهری
- ریشه‌کنی بیماری‌های آبله و پیوک
- حذف بیماری‌های کزاز نوزادی، جذام، شیستوزومیازیس، سرخک و دیفتتری
- کاهش موارد هاری و کنترل بیماری‌های اسهالی و کاهش چشمگیر سایر موارد بیماری‌های واگیر در کشور
- کاهش ۵۰ درصدی سوءتغذیه‌ی کودکان زیر ۵ سال
- حذف اختلالات ناشی از کمبود ید
- پوشش ۱۲ میلیون دانش‌آموز در مقاطع ابتدایی و راهنمایی در شهر و روستا تحت برنامه شیر رایگان در مدرسه



## ۲. ادغام آموزش پزشکی و نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور به عنوان الگویی موفق برای توسعه عدالت در سلامت (خودکفایی در تربیت نیروی انسانی علوم پزشکی و توسعه شبکه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی درمانی)

### آموزش پزشکی

ادغام خدمات بهداشتی درمانی با آموزش پزشکی در جمهوری اسلامی ایران، تفکر و نوآوری چهار دهه گذشته را در سطح جهانی به دنبال داشته است، به این معنا که آموزش پزشکی باید علاوه بر تربیت پزشکی که دارای دانش و مهارت‌های لازم است، ابعاد مختلف دیگری مانند شناخت لازم از مسائل بهداشتی درمانی جامعه و ارائه راه‌حل برای آن‌ها؛ آموزش بیماران و افراد سالم جامعه و ارتقای سلامت آنان، مدیریت منابع و مسائل سلامت جامعه، مشارکت مردم، همکاری‌های بین بخشی، برقراری عدالت در سلامت و امثال آن را به پزشک یاد دهد.

ادغام آموزش پزشکی و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در جهان بی‌نظیر است، مناسب‌ترین زمینه را برای ایجاد توانمندی‌های بالا برای پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه فراهم کرده است اهداف اصلی این برنامه اصلاحی عبارت بود از:

الف) استفاده از تمامی امکانات بهداشتی و درمانی کشور برای گسترش امر آموزش پزشکی و تأمین نیروی انسانی موردنیاز

ب) شکستن حصار دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی از محوطه دانشکده و بیمارستان‌های تابعه و انجام قسمتی از آموزش در جامعه برای کمک به جامعه نگر کردن آموزش پزشکی

ج) ارتقای سطح علمی مؤسسات، مراکز خدمات سرپایی و بیمارستان‌های وزارت بهداشتی (سابق) با دمیدن روحیه دانشگاهی به تشکیلات

نتایج اجرای برنامه‌ی ادغام آموزش پزشکی در مدت‌زمان ۳۶ سال، به‌طور خلاصه عبارتند از:

- تحقق تدریجی عدالت، کیفیت، دسترسی و هزینه- اثربخشی خدمات سلامت در سطح جامعه
- تحول رویکرد از بیمار محوری به سلامت محوری
- پاسخ‌گویی اجتماعی واقعی نظام آموزش پزشکی به نیازهای سلامت مردم
- تغییر پارادایم در نظام آموزشی و به دنبال آن، تغییر در نگاه‌ها، باورها، الگوهای ذهنی و رویکردها



- تغییر در محتوای برنامه‌ها و راهبردهای آموزشی
- تغییر در نگرش اعضای هیئت‌علمی به رسالت آموزشی و رسالت اجتماعی خود
- ارتقای شئون سیاست‌گذاری، طراحی و برنامه‌ریزی کلان و پایش در نظام سلامت
- ارتقای مدیریت در نظام سلامت
- توسعه‌ی فضاها و عرصه‌های آموزش، ایجاد عرصه‌های جدید آموزش در شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی کشور، امکان استفاده از تمام عرصه‌های بهداشتی درمانی و توان‌بخشی موجود در نظام سلامت در امور آموزش و پژوهش
- توسعه رشته‌ها و مقاطع تحصیلی (علوم پایه و بالینی) برحسب نیاز نظام ارائه‌ی خدمات سلامت
- توسعه‌ی هدفمند نیروی انسانی سلامت در ابعاد کمی و کیفی، متناسب با نیاز (تعداد، مدارج، نسبت نیروی انسانی به جمعیت)
- توسعه‌ی مراکز دانشگاهی و مراکز آموزش سلامت در مناطق محروم و کمتر برخوردار
- ارتقای عمومی شاخص‌های مرتبط با اعضای هیئت‌علمی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کشور (تعداد، نسبت اعضای هیئت‌علمی به دانشجو، مدارج دانشگاهی، مراتب علمی و غیره)
- افزایش مراکز پژوهشی و گسترش پژوهش‌های کاربردی در سطح کشور بر اساس نیازهای سلامت کشور
- تمرکز بیشتر طرح‌های پژوهشی بر نیازهای جامعه در حوزه سلامت
- افزایش تعداد مقالات علمی، ثبت مقالات در پایگاه‌های معتبر استنادی، استناد به مقالات و ارتقای جایگاه علمی کشور از رتبه‌ی ۱۰۱ جهانی در سال ۱۳۵۷ به رتبه‌ی ۱۶ در سال ۱۳۹۹
- ارتقای کمی و کیفی خدمات تشخیصی و درمانی بیماری‌ها و حذف نیاز به اعزام بیمار به خارج از کشور
- افزایش تولیدات دارویی، مواد بیولوژیک، فرآورده‌های تشخیصی و درمانی و کاهش بارز در میزان واردات آن‌ها
- تولید واکسن کووید-۱۹ و کیت‌های آزمایشگاهی، تجهیزات پزشکی و داروهای مربوط به کووید-۱۹ باوجود محدودیت‌های موجود
- ایجاد شبکه‌ی مراکز توسعه‌ی آموزش پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و ایجاد تحول چشمگیر در توسعه‌ی کمی و ارتقای کیفی آموزش اعضای هیئت‌علمی در زمینه‌های زیر:



- ✓ برنامه‌ریزی و مدیریت آموزشی
- ✓ روش تدریس
- ✓ روش ارزیابی و ارزشیابی فن‌آوری آموزشی
- ✓ توسعه‌ی آموزش مداوم جامعه‌ی پزشکی
- ✓ توسعه‌ی فرآیندهای ارزشیابی و اعتباربخشی در سطوح نظام‌های آموزشی و ارائه‌ی خدمات
- ✓ بهبود شاخص‌های سلامت کشور
- ✓ توسعه‌ی کمی و کیفی تجهیزات پزشکی کشور
- ✓ طراحی و ارتقای تفکر و برنامه‌ریزی راهبردی در امور آموزشی و ارائه‌ی خدمات سلامتی
- ✓ توسعه‌ی همکاری‌ها و تعاملات مفید بین‌المللی بر اساس مصلحت و منافع ملی و نظام سلامت و احترام متقابل ( KAROLINSKA ,WHO ,UNESCO ,UNICEF ,WFME ,LARC ) و گسترش همکاری‌ها و تشکیل شعب بین‌المللی دانشگاه‌ها
- ✓ توسعه‌ی مقاطع فوق تخصصی، تا حدودی، از نظر محتوا و برنامه‌ریزی آموزشی و توزیع دانش‌آموختگان برحسب نیاز نظام آموزش و نظام سلامت کشور
- ✓ بازنگری آیین‌نامه‌ی ارتقای اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بر اساس معیارهای علمی و ارزشی، فعالیت‌های آموزشی، سوابق خدماتی، حضور تأثیرگذار، رفع نیازهای نظام سلامت، رقابت سالم، تولیدات علمی و پژوهشی، دانش‌پژوهی آموزشی، شاگرد پروری، نخبه پروری و دانشمندپروری
- ✓ کسب تجارب اولیه در حیطه‌ی تولید و کاربرد دستورالعمل استاندارد مراقبت و ترویج این شیوه در مصارف منطقی دارو، کنترل هزینه‌های سرسام‌آور، پیشگیری از عوارض ناخواسته و عدالت در برخورداری از خدمات سلامت
- ✓ تأکید و جهت‌گیری انتشارات علمی و تولیدات پژوهشی مراکز تحقیقات سلامت بر اساس کاربردی بودن، هدفمند بودن، موردنیاز بودن و مفید بودن



## تحقیقات و فن‌آوری

پس از پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی ایران و به دنبال توسعه‌ی خارق‌العاده‌ی تربیت نیروی انسانی پزشکی در دهه‌ی ۶۰، امور پژوهشی که در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی تا آن زمان در سطحی نزدیک به صفر بود؛ به تدریج، رونق گرفت. تعداد پژوهشگران، مؤسسات پژوهشی، انتشار مقالات فارسی و انگلیسی، رونق فوق‌العاده‌ای یافت. به‌گونه‌ای که در ابتدای دهه ۹۰، ایران دارای بیشترین نرخ رشد در تولید مقالات علمی در جهان بوده است. با توجه به بند (۱۴) سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی در سال ۱۳۹۳ در مورد محتوای تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری و برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی در علوم، فنون و ارائه‌ی خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام، انتظار می‌رود روند رو به رشد پژوهش علوم پزشکی در کشور شتاب بگیرد و باعث درخشش و تثبیت جایگاه ایران شود.

از نظر نیروی انسانی پژوهش در ۲۷ سال گذشته، تعداد پژوهشگران گروه پزشکی بیش از ۲۶ برابر شده و ترکیب جنسیت، به نفع زنان تغییر کرده است. به‌طوری‌که پژوهشگران زن از ۱۸ درصد به ۴۱ درصد کل پژوهشگران کشور رسیده‌اند. علت اصلی این تغییر را می‌توان در پذیرش روزافزون زنان در دوره‌های تحصیلات تکمیلی دانست زیرا در ابتدای دهه‌ی ۷۰، فقط ۳۰ و ۱۲ درصد از دانشجویان کارشناسی ارشد و دکترا، زن بودند ولی در دهه ۹۰، به ترتیب ۶۰ و ۵۲ درصد از دانشجویان دوره‌های کارشناسی ارشد و دکترا را زنان تشکیل می‌دادند.

همچنین، روند افزایش رتبه‌ی اعضای هیئت‌علمی در سال‌های اخیر، گواه این موضوع است که رشد علمی کشور در یک دهه‌ی گذشته در علوم پزشکی چشمگیر بوده است. تعداد اعضای هیئت‌علمی با مرتبه‌ی استادی در سال ۱۳۷۲، هجده نفر بود که این تعداد در سال ۱۴۰۰، به ۲۵۵۲ نفر رسید.

در مورد اعتبارات پژوهشی باید اذعان کرد که سهم این اعتبارات از تولید ناخالص داخلی از ۰.۶۳٪ در سال ۱۳۸۴ به ۰.۸۳٪ در سال ۱۳۹۶ رسیده است. این میزان با اعتبارات مطلوب (۲ تا ۳ درصد کشورهای پیشرفته‌ی جهان)، فاصله‌ی زیادی دارد.

این میزان اعتبارات، به‌هیچ‌وجه با رشد نیروی انسانی پژوهشگران پزشکی و نیز توسعه‌ی مراکز تحقیقاتی و پژوهشکده‌های علوم پزشکی تطابق ندارد.

شایان‌ذکر است که باوجود شرایط نامطلوب اعتبارات، تولید مقالات داخلی و خارجی در کشور، به‌سرعت



افزایش یافته است. به نظر می‌رسد که یکی از دلایل پایین بودن این درصد می‌تواند این باشد که در کشور، به سرعت افزایش یافته است. به نظر می‌رسد که یکی از دلایل پایین بودن این درصد می‌تواند این باشد که در کشور، بخش بزرگی از بودجه‌های دانشگاه‌ها را اعتبارات مربوط به بخش بهداشت و درمان مؤسسات تابعه‌ی دانشگاه تشکیل می‌دهد. با این حال، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی باید در راستای افزایش سهم اعتبارات پژوهشی، به شیوه‌ی مقتضی و سریع اقدام کنند.

رشد مجلات علمی داخل کشور که در نمایه‌نامه‌های معتبر نمایه می‌شوند، از تعداد ۹۰ عنوان در سال ۱۳۸۳ به ۴۵۱ عنوان در سال ۱۳۹۹، بیانگر افزایش بازدهی پژوهش‌ها در کشور است.

آنچه مورد نیاز است، افزایش کیفی مقالات مندرج در مجلات داخلی است. رسیدن به این امر مهم، هنگامی امکان‌پذیر است که نظام ارزیابی ارجاعات به مقالات داخلی تکمیل شود و در اختیار پژوهشگران قرار گیرد. برخی از سیاست‌های آموزشی، پژوهشی و میزان امتیازات مقالات داخلی و خارجی در هیئت‌های ممیزه و سایر امور در سال‌های اخیر، موجب شده است که پژوهش‌های اصیل و دارای کیفیت بالا به مجلات خارجی ارسال شود، در حالی که، حفظ و ارتقای کیفیت مقالات فارسی و به دنبال آن، مجلات داخلی دارای اهمیت زیادی است و می‌تواند در زنده نگه داشتن زبان فارسی تخصصی و بهره‌گیری آن‌ها در کشورها و جوامع فارسی‌زبان، به‌ویژه کشورهای همسایه کارساز باشد. اهتمام در افزایش تعداد مجلات کشور به زبان انگلیسی، به منظور ارتقای رتبه‌های بین‌المللی ضروری است ولی نباید به قیمت کاهش کمی و کیفی مجلات فارسی‌زبان انجام گیرد.

روند توسعه‌ی پروژه‌های پژوهشی و مقالات خارجی در سه دهه گذشته و به‌ویژه، دهه‌ی اخیر خارق‌العاده بوده است. تولیدات علمی علوم پزشکی بر اساس پایگاه استنادی Scopus پیش از سال ۲۰۰۱ میلادی، بسیار ناچیز بوده است.

پس از آن، در یک دوره‌ی ۲۰ ساله، انتشار مقالات در این بانک اطلاعاتی، نشان از رشد چشمگیر تولید دانش توسط پژوهشگران دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور داشته است. در حالی که در سال‌های اخیر، با حفظ رشد کمی مقالات، کیفیت مقالات منتشر شده نیز ارتقا یافته است.

ایران در سال ۲۰۲۰ میلادی، ۷۲۵۹۰ مقاله و مستند علمی را در بانک اطلاعاتی Scopus منتشر کرده است، بر این اساس، رتبه‌ی ۱۵ جهانی و اول منطقه را در تولید علم و انتشار مقالات به خود اختصاص داده است که از این میان، ۲۵۶۶۷ مقاله و مستند علمی مربوط به انتشار مقالات و مستندات علوم پزشکی بوده و در این زمینه،





به ترتیب در جایگاه ۱۷ جهانی و دوم منطقه‌ای قرار گرفته است. علاوه بر این، ایران در سال ۲۰۲۰، تعداد ۱۷۶۵۱۷ استناد از کل مقالات و ۳۸۰۹۲ استناد از مقالات علوم پزشکی در بانک اطلاعاتی Scopus دریافت کرده است.

به‌علاوه، ایران از نظر شاخص استناد به مقالات، جایگاه ۱۵ جهانی و اول منطقه را در سال ۲۰۲۰ میلادی به خود اختصاص داده است. در حالی که، در همان سال، ایران رتبه‌ی ۲۱ جهانی و دوم منطقه را از نظر استنادات دریافتی کسب کرده است. در سال‌های اخیر، در کنار افزایش تعداد مقالات، کیفیت مقالات علوم پزشکی و در نتیجه، استنادات به آن‌ها نیز روند روبه‌رشدی داشته است. به‌گونه‌ای که در سال ۲۰۲۰، مقالات علوم پزشکی کشور در بین ۱۰ درصد مقالات پر استناد دنیا، افزایش چشمگیری داشته است.

گسترش پژوهش‌های پزشکی، راه‌اندازی شبکه آزمایشگاه‌های جامع پژوهش‌های علوم پزشکی کشور، توسعه فن‌آوری دارویی و تجهیزات پزشکی، توسعه‌ی دوره‌ی دکترای پژوهشی، مأموریت‌مداری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور بر اساس راهبرد پنج‌ساله و سایر اقدامات حساب‌شده و به‌موقع معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی افق امیدوارکننده‌ای را در روند پژوهش‌های پزشکی کشور ترسیم کرده است. با این وجود، برای حفظ مقام اول تولید علم در منطقه و ارتقای بیشتر در تولید دانش باید راهکارهای مناسب را طراحی و اجرا کند تا رده‌های ۵ تا ۱۰ جهانی در دهه‌های آینده را با در نظر گرفتن چالش‌ها کسب کند.



جدول روند به دست آوردن خودکفایی در آموزش نیروی انسانی پزشکی از سال ۱۳۵۸ تا سال ۱۳۹۹

۱۳۹۹	۱۳۹۴	۱۳۸۷	۱۳۷۹	۱۳۶۴	۱۳۵۸	
۶۹	۶۹	۶۹	۳۶	۲۸	۰	تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی
۴۷	۴۲	۳۶	۳۵	۲۸	۹	دانشکده‌های پزشکی
۳۵	۱۹	۱۸	۱۵	۷	۴	دانشکده‌های دندانپزشکی
۲۲	۲۱	۲۰	۹	۷	۳	دانشکده‌های داروسازی
۱۵۰۲۸۱	۱۱۸۸۲۹	--	۱۰۵۷۱۶	--	۵۰۷۶۰	تعداد تخت‌های بیمارستانی
--	۵۹۴۱۴	--	۵۲۰۸۹	۱۰۷۵۹	۹۵۵۸	تعداد تخت‌های آموزشی
۲۰۰۸۰	۱۳۶۲۱	۱۲۵۰۰	۸۳۹۶	۳۱۵۳	۲۹۰۸	تعداد اعضای هیئت علمی (درصد زنان)
(۴۲)	(۴۲)	(۴۱)	(۳۶)	(۳۳)	(۲۶)	
۲۲۳۸۳۶	۱۸۸۸۵۹	۱۲۴۵۰۰	۹۴۲۸۰	۳۲۶۰۴	۲۵۸۴۸	تعداد کل دانشجویان علوم پزشکی
۲۸۳۲	۲۲۳۷	۱۷۶۰	۱۳۳۲	۵۱۰	۴۲۰	تعداد فارغ‌التحصیل در سال دستیاران تخصصی
۲۱۹	۲۰۳	۱۹۰	۱۰۶	۲	۰	تعداد دستیاران فوق تخصصی فارغ‌التحصیل در سال
۱۰۳۸	۶۵۶	۲۵۰	۵۱	۲۱	۲	تعداد فارغ‌التحصیلان PhD در سال
۷۳۷	۶۸۴	۳۱۵	۱۰۰	۵	۳	تعداد مراکز تحقیقاتی
۶۱	۶۱	۴۲	۰	۰	۰	تعداد پژوهشکده‌ها
۷۱	۵۰	۲۶	۱۸	۰	۰	تعداد مراکز آموزشی پژوهشی متعالی
۴۵۱	۳۸۷	۱۲۰	۸۰	۱۴	۵	تعداد مجلات علمی
۱۳۰۶۱۶	۱۱۹۴۵۹	۱۰۰۰۰	۸۶۰۰۰	۱۴۰۰۰	۱۲۰۰۰	تعداد پزشکان
۶۴۳	۶۵۷	۷۶۰	۹۵۵	۲۹۱۵	۲۹۹۸	نسبت پزشک به جمعیت

جدول تعداد دانشکده‌های پزشکی ، دندانپزشکی و داروسازی ایران در ۵۱ سال گذشته

داروسازی	دندانپزشکی	پزشکی	سال
۱	۳	۷	۱۳۴۸
۳	۴	۹	۱۳۵۳
۷	۷	۲۸	۱۳۶۸
۹	۱۵	۳۵	۱۳۷۶
۱۱	۱۵	۳۶	۱۳۸۷
۲۱	۱۹	۴۲	۱۳۹۴
۲۲	۳۵	۴۷	۱۳۹۹



جدول تعداد پذیرش دانشجویان در برنامه‌های علوم پزشکی از سال ۱۳۴۹ تا سال ۱۳۹۹

سال	پزشکی	دندانپزشکی	داروسازی	سایرین	کل گروه پزشکی
۱۳۴۹	۶۳۲	۱۳۲	۲۱۹	۴۰۴	۱۳۸۷
۱۳۵۴	۱۲۰۷	۱۵۹	۱۱۷	۲۸۸۰	۴۳۶۳
۱۳۵۹	۱۲۸۷	۲۴۰	۲۰۳	۳۸۸۳	۵۶۱۳
۱۳۶۴	۲۰۴۹	۳۱۱	۲۵۵	۶۴۲۳	۹۰۳۸
۱۳۶۹	۳۵۱۵	۴۲۵	۵۵۰	۸۹۴۹	۱۳۴۳۹
۱۳۷۳	۳۶۳۰	۷۵۳	۴۵۹	۱۳۲۹۹	۱۸۱۴۱
۱۳۸۷	۶۱۷۷	۸۵۰	۵۹۰	۱۹۳۵۲	۲۶۹۶۹
۱۳۹۴	۶۶۷۰	۲۰۲۳	۱۵۰۷	۳۳۸۴۰	۴۴۰۴
۱۳۹۹	۸۱۸۲				۴۶۴۴۰



### ۳. تحول در نظام سلامت

طی مدت ۳۶ سال پس از تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اقدامات و مفاهیم مهمی در حوزه درمان اجرا و نهادینه شده است. سطح‌بندی خدمات (در زمینه زیرساخت‌های تخت بستری، مراکز تشخیصی درمانی سرپایی و نیروی انسانی موردنیاز) اعتباربخشی بیمارستان‌ها بر اساس استانداردهای ملی، حرکت به سوی چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴ با تدوین نقشه‌ی تحول نظام سلامت، تدوین برنامه‌ی نظام درمانی کشور در برنامه پنجم توسعه، به‌کارگیری ابزار ارزیابی فن‌آوری سلامت در ورود و به‌کارگیری فن‌آوری‌های پیشرفته، استفاده از راهنماهای بالینی درمانی در ارائه خدمات، تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران برای یکپارچه کردن سازمان‌های بیمه‌ای پایه، تدوین بسته خدمات پایه بیمه‌ای و غیر بیمه‌ای، حرکت به سوی تصویب تعرفه ارائه خدمات بر اساس قیمت و هزینه واقعی، گسترش کمی و کیفی خدمات اورژانس پیش بیمارستانی، ارتقای کیفیت ارائه خدمات اورژانس‌های بیمارستانی، بومی کردن تعیین ارزش‌های نسبی خدمات به‌منظور توزیع عادلانه منابع بخش درمان و راه‌اندازی مراکز تولید دانش بالینی مبتنی بر شواهد برای تولید منابع، همگی مختصری از سرفصل‌های اقداماتی است که با توجه به اولویت‌های برنامه‌های توسعه کشور در این ۳۶ سال؛ طراحی، تصویب و اجرا شده است.

درواقع اگر به‌دقت به سیر تاریخی بنگریم؛ می‌توانیم از زمان تشکیل رسمی وزارت بهداشتی تا این مقطع زمانی، چند دهه (یا دوره) تحول را مشاهده کنیم:

دهه اول تحول (۱۳۶۲-۱۳۵۳): تشکیل وزارت بهداشتی و بهزیستی و سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی استان و شروع استقرار شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی کشور در قالب الگوی جدید نظام ارائه‌ی خدمت (در این دهه، روش ارائه خدمت توسط تیم بهداشتی درمانی بازسازی می‌شود).

دهه دوم تحول (۱۳۷۲-۱۳۶۳): تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تفکیک آموزش گروه علوم پزشکی از وزارت فرهنگ و آموزش عالی، ادغام سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی و درمان استان در دانشگاه‌ها یا دانشکده‌های علوم پزشکی و انحلال سازمان‌های منطقه‌ای و ادغام در دانشگاه‌های علوم پزشکی و تشکیل دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان (در این دهه، سیاست ادغام نظام ارائه خدمات با نظام آموزش عالی علوم پزشکی شکل می‌گیرد تا به‌این ترتیب، تربیت و تأمین نیرو منطبق با نیازهای خدمات سلامت جامعه باشد، به عبارتی، در این دوره تمرکز بر تأمین و تدارک منابع صورت می‌گیرد).

دهه سوم تحول (۱۳۸۲-۱۳۷۳): تصویب و ابلاغ قانون بیمه همگانی درمان، اجرای طرح خودگردانی



بیمارستان‌ها با تکیه بر دستورالعمل نظام نوین مدیریت بیمارستان، تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی و شورای عالی بیمه درمان و اجرای آزمایشی طرح اداره هیئت‌امنایی بیمارستان‌ها (در این مقطع، سیاست‌گذاران به موضوع تأمین منابع مالی بخش سلامت توجه ویژه نشان می‌دهند و برای جبران هزینه‌های نظام مراقبت به‌ویژه در حوزه درمان به‌نظام بیمه درمان و کمک از جیب مردم رو می‌آورند علاوه بر آن در این مقطع زمانی برای حفظ اطلاعات و گردش درست آن‌ها در سطوح مختلف تصمیم‌گیری طراحی و استقلال hrs صورت می‌گیرد و از آن تاریخ تاکنون تحولات متعددی را پشت سر می‌گذارد).

دهه چهارم تحول (۱۳۹۲-۱۳۸۳): تصویب قانون نظام جامع و ساختار رفاه و تأمین اجتماعی، تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، تشکیل وظایف سازمان بیمه سلامت و شورای عالی بیمه سلامت، اجرای طرح آزمایشی بیمه روستایی (پزشک خانواده در روستا)، شروع اجرای طرح نظام نوین مالی، اجرای طرح مداوای رایگان مصدومان حوادث در تمامی بیمارستان‌های دولتی و غیردولتی و نیز تشکیل سازمان غذا و دارو (در این مقطع زمانی، تمام تمرکز سیاست‌گذار به دلیل اجحاف به جیب مردم و سردرگمی مردم دریافت بهینه‌ی خدمات باکیفیت به‌سوی تأمین منابع مالی پایدار و تقویت نظام ارجاع از سطح یک به دو و آن‌هم فقط در سطح روستا معطوف می‌شود. علاوه بر آن، به‌منظور بهره‌برداری بهینه از منابع مالی، نظامی برای ثبت و کنترل هزینه‌ها صورت می‌گیرد. تشکیل سازمان غذا و دارو در این دهه، بیانگر این واقعیت است که طرح ژنریک به‌تنهایی نتوانسته است در تدارک داروهای اساسی کمک‌کننده باشد و لازم است ساختار تصمیم‌گیری و مدیریتی آن متحول شود.

دهه پنجم تحول (۱۳۹۳ تا ...): در طول دوران گذشته هرچند نسبت به ارائه خدمات در سطح یک، توجه ویژه صورت گرفته بود ولی خدمات درمانی در بیمارستان‌ها با چالش‌های عمده مواجه بوده است، بدین ترتیب، سیاست‌گذاران، طرح‌های متعددی را در بهبود کیفیت خدمات بستری و سرپایی تخصصی و فوق تخصصی در دستور کار قرار دادند.

از سوی دیگر، از آنجایی که نظام ارجاع در سطوح ۱ به ۲ و ۳ فرآیند مناسبی نداشت، به همین دلیل طرح پزشک خانواده شهری در شهرهای کمتر از ۱۰۰ هزار نفر و نواحی حاشیه شهر آغاز شد. اجرای طرح تحول نظام سلامت در اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۳، از برنامه‌های مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش بهداشت است که در این دهه اجرا شد.



## ۴. چالش‌های قانون‌گذاری در نظام سلامت

حکمرانی حوزه سلامت، حوزه وسیعی از مأموریت‌ها مانند تولید، قانون‌گذاری و غیره و نهادها از قبیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مجلس شورای اسلامی، نهادهای مقررات‌گذار و غیره را در برمی‌گیرد. تولید حوزه سلامت با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. قانون‌گذاری و مقررات‌گذاری حوزه حساس و اثرگذار از حکمرانی حوزه سلامت محسوب می‌شود که نقش مجلس شورای اسلامی و نهادهای مقررات‌گذار در آن مهم است. اهمیت جایگاه قانون‌گذاری و مقررات‌گذاری، از آن جهت است که هر برنامه‌ی بهداشتی و درمانی و هر سیاستی در حوزه سلامت برای اجرا و توفیق، باید تبدیل به قوانین و مقررات شود و از مسیرهای قانون‌گذاری و مقررات‌گذاری در کشور عبور کند، بنابراین، اگر قوانین و مقررات، ناکارآمد باشند، برنامه‌های بهداشتی و درمانی را با اختلال روبرو خواهند کرد.

قوانین حوزه سلامت با سه چالش عمده روبرو است که عبارتند از تورم قوانین، خلأ قانونی و چالش کیفیت قوانین.



چالش تورم قوانین در حوزه سلامت

از ابتدای تاریخ قانون‌گذاری تا سال ۱۴۰۰، در مجموع، تعداد ۱۲۳۹۶ قانون و ۱۰۷۷۳۵ مقرر به تصویب رسیده است. در صورتی که به محاسبه‌ی میانگین تصویب قوانین و مقررات در یک روز بپردازیم، مشکل تورم در کشور، خود را بهتر نشان خواهد داد.

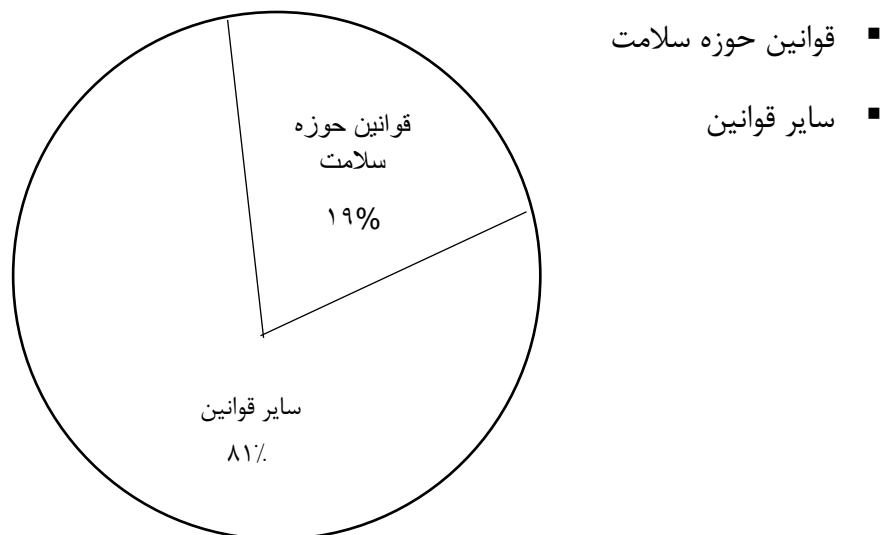
جدول محاسبه میانگین تصویب قوانین و مقررات در یک روز

تعداد کل قوانین ۱۲۸۵-۱۴۰۰	میانگین تصویب قانون / مقرر در هر روز	
۱۲۳۹۶	۰/۳٪	قانون
۱۰۷۷۳۵	۲/۵۶	مقرر

با توجه به اطلاعات جدول بالا، هر روز به‌طور میانگین، ۰/۳ قانون و ۲/۵۶ مقرر به تصویب می‌رسد. در صورتی که هزینه‌های مالی، تصویب این قوانین و مقررات نیز نادیده گرفته شود، این حجم از قوانین که هر روز به انبوه قوانین و مقررات تنقیح نشده‌ی کشور افزوده می‌شود، تبدیل به معضلی برای نظام قانون‌گذاری کشور شده است.

همین چالش در حوزه سلامت نیز به‌صورت پررنگ وجود دارد. از کل تعداد قوانین موجود در کشور در ۲۲۹۶ قانون، حداقل یک حکم مربوط به‌نظام سلامت وجود دارد. بنابراین، حدود ۱۹ درصد از کل قوانین کشور از ابتدای تاریخ قانون‌گذاری شامل حداقل یک حکم در حوزه سلامت هستند.





نمودار ۳. نسبت قوانین حوزه سلامت به سایر قوانین

حدود ۵۴ درصد از قوانین حوزه سلامت، پس از پیروزی انقلاب اسلامی (در طول ۴۳ سال) به تصویب رسیده است. در طول ۷۲ سال پیش از پیروزی انقلاب اسلامی، ۴۶ درصد قوانین حوزه سلامت تصویب شده است.

آمار و اطلاعات فوق نشان می‌دهد که نظام قانون‌گذاری در کشور با تورم قوانین روبرو است و حوزه سلامت نیز از این چالش مستثنا نیست. در چنین شرایطی، مشکلات متعددی می‌تواند گریبان‌گیر حوزه سلامت شود که از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- چالش تشخیص آخرین اراده‌ی قانون‌گذار: در میان حجم انبوه قوانین تنقیح نشده در حوزه سلامت، کشف آخرین اراده‌ی قانون‌گذار بسیار دشوار خواهد بود. فهم اینکه آخرین حکم قانونی راجع به یک موضوع چیست، به بررسی قوانین متعدد و کشف ارتباط آن‌ها نیاز خواهد داشت.

۲- تعارض قوانین، تعداد زیاد قوانین موجود در حوزه سلامت، مشکل تعارض میان قوانین را به وجود آورده است. قانون‌گذار در یک حوزه ممکن است قوانین متعددی به تصویب برساند، بدون آنکه تکلیف قوانین پیش از آن را مشخص کند. در چنین شرایطی، به‌ناچار باید به سنجش ارتباط میان احکام قانونی و کشف حکم قانونی





معتبر پرداخت.

۳- چالش اجرای قوانین، در شرایطی که تعداد قابل توجهی از قوانین در حوزه سلامت به تصویب رسیده است و کشف آخرین اراده‌ی قانون‌گذار و حل تعارض قوانین، تبدیل به کاری دشوار می‌شود؛ طبیعی است که اجرای قوانین نیز ممکن است با دشواری روبرو شود.

۴- چالش دسترسی به قوانین: مجریان قوانین و شهروندان، در شرایط تورم قوانین، در دسترسی به آخرین اراده‌ی قانون‌گذار با دشواری روبرو خواهند بود.

۵- تداخل وظایف در نتیجه تورم قوانین: مشکل دیگری که تورم قوانین را به همراه دارد، تداخل در وظایف نهادهای مختلف فعال در حوزه سلامت است. به‌عنوان نمونه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

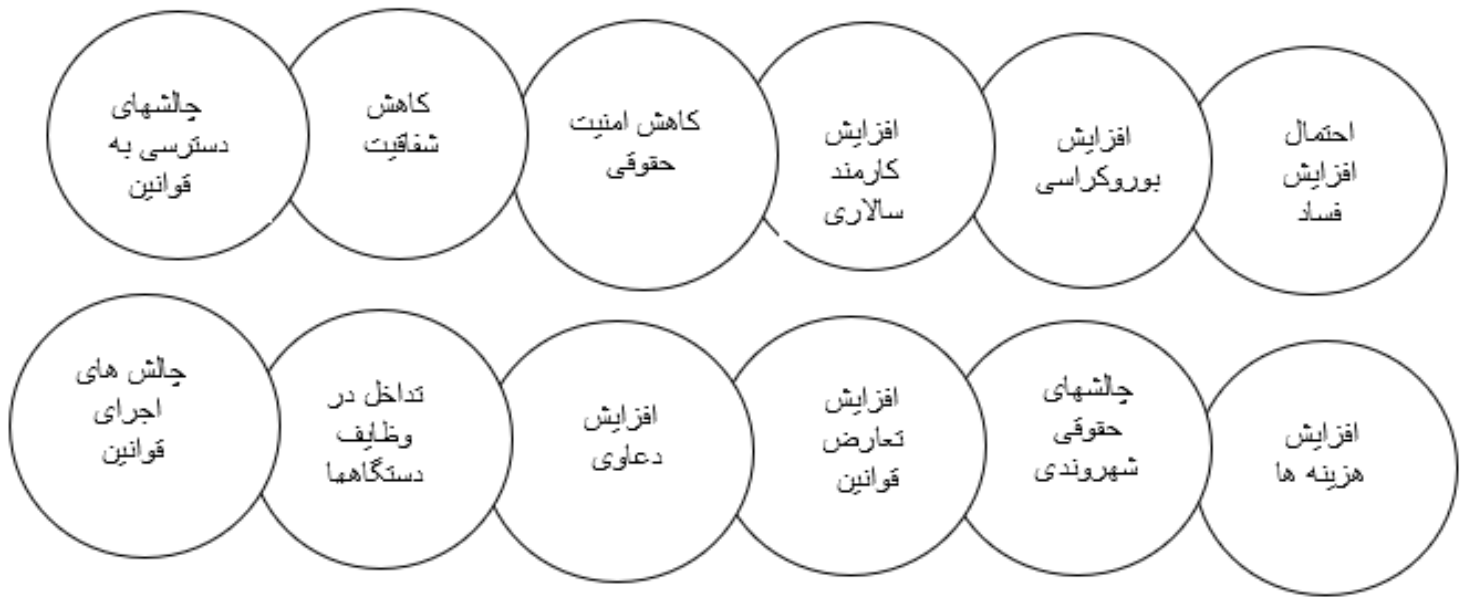
➤ به استاندارد تجهیزات پزشکی: تعارض یا تداخل وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با سازمان ملی استاندارد ناشی از تعارض بند (۱۱) ماده (۱) قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قانون تقویت و توسعه‌ی نظام استاندارد است.

➤ توان‌بخشی معلولان و مجوز مؤسسات بهزیستی: تعارض یا تداخل وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان بهزیستی در حوزه‌ی توان‌بخشی ناشی از تعارض ماده ۱ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی است.

احتمال افزایش فساد، افزایش بوروکراسی، افزایش کارمند سالاری، کاهش امنیت حقوقی، کاهش شفافیت، چالش‌های دسترسی به قوانین

افزایش هزینه‌ها، چالش حقوق شهروندی، افزایش تعارض قوانین، افزایش دعاوی، تداخل در وظائف دستگاه‌ها، چالش‌های اجرای قوانین





نمودار ۴. آثار تورم قوانین

به‌عنوان مثال، تعهد خدمت فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین موضوعات مربوط به تأمین نیروی انسانی سلامت با تورم قوانین و احکام قانونی روبرو است. در این موضوع، بیش از ۲۰ قانون بر کارکنان مختلف و نیز وضعیت‌های مختلف حکم‌فرما است. فهرست این قوانین در جدول ۴ درج شده است:

جدول قوانین مربوط به کارکنان مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ردیف	عنوان قانون
۱	قانون تأمین کادر پزشکی موردنیاز نیروهای مسلح شاهنشاهی مصوب ۱۳۴۸/۴/۹
۲	قانون تأمین وسایل و امکانات تحصیل اطفال و جوانان ایرانی مصوب ۱۳۵۳/۴/۳
۳	لایحه قانون خدمت نیروی انسانی درمانی و بهداشتی مصوب ۱۳۵۸/۹/۲۴
۴	لایحه قانونی راجع به معافیت زنان متأهل پزشک و دندان‌پزشک و داروساز برای گرفتن پروانه دائم از رفتن به خارج از تهران مصوب ۱۳۵۸/۱۱/۲۰۹
۵	قانون تربیت بهداشت‌کار دهان و دندان به‌منظور گسترش خدمات بهداشتی و درمانی در روستا مصوب ۱۳۶۰/۱/۲۳
۶	قانون اصلاح خدمت خارج از مرکز پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازان مصوب ۱۳۶۰/۳/۴
۷	قانون لغو تعهد خدمت فارغ‌التحصیلان و دانشجویانی که از بورس تحصیلی استفاده کرده‌اند و به دلایل مختلف به استخدام در نمی‌آیند مصوب ۱۳۶۱/۱۱/۱۱
۸	قانون معافیت از مالیات و جوهی که تحت هر عنوان به‌استثنای حقوق و فوق‌العاده شغل به پزشکان، دندان‌پزشکان، داروسازان و دامپزشکان پرداخت می‌شود مصوب ۱۳۶۲/۸/۲۲
۹	قانون شمول قانون خدمت نیروی انسانی، درمانی و بهداشتی مصوب ۱۳۵۸/۹/۲۴ شورای انقلاب و اصلاحات بعدی به فارغ‌التحصیلان رشته دامپزشکی مصوب ۱۳۶۴/۳/۲۸



۱۰	قانون نحوه‌ی تأمین هیئت‌علمی موردنیاز دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی کشور مصوب ۱۳۶۵/۳/۱
۱۱	قانون الحاق بهداشت کاران دهان و دندان دانشگاه‌ها به بهداشت کاران وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۶/۴/۲۵
۱۲	قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان مصوب ۱۳۶۷/۱/۳۰
۱۳	قانون معافیت بهداشت کاران دهان و دندان و بهداران ( تکنسین‌های بهداشت و مبارزه با بیماری‌ها) از انجام خدمت وظیفه‌ی عمومی مصوب ۱۳۶۹/۲/۱۶
۱۴	قانون شمول قانون پرداخت حق محرومیت از مطب به مشمولان لایحه‌ی قانونی خدمت نیروی انسانی، درمانی و بهداشتی و اصلاحیه‌های بعدی آن مصوب ۱۳۷۲/۲/۱۵
۱۵	قانون احتساب خدمت دانشجویان پزشکی ( انترن‌ها) که براساس مصوبات مربوط در مناطق جنگی انجام‌وظیفه کرده‌اند به‌عنوان قسمتی از خدمت خارج از مرکز یا خدمت پزشکان و پیراپزشکان مصوب ۱۳۷۲/۹/۲۳
۱۶	قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان مصوب ۱۳۷۵/۲/۱۲
۱۷	قانون شیوه‌ی تشکیل پیام‌آوران بهداشت مصوب ۱۳۷۵/۸/۶
۱۸	قانون استفاده‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مشمولان خدمت وظیفه‌ی عمومی در زمان صلح مصوب ۱۳۷۶/۵/۲۱
۱۹	قانون تسهیلات استخدامی ویژه فرزندان شاهد مصوب ۱۳۸۰/۳/۲۲
۲۰	قانون برقراری عدالت آموزشی در پذیرش دانشجو در دوره‌های تحصیلات تکمیلی و تخصصی مصوب ۱۳۸۹/۱/۲۹



## ۵. چالش‌های مدیریت در نظام سلامت

به‌طور خلاصه، چالش‌های مدیریت منابع عبارتند از:

- ناپایداری عمر مدیریت و نبود نظام انتخاب مدیران بر اساس شایستگی
- کمبود آموزش‌های لازم به‌منظور کسب دانش، مهارت و تکنیک‌های نوین مدیریتی
- تمرکز و واگذار نکردن اختیارات و مسئولیت‌ها به مدیران سطوح محیطی
- نبود نظام تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد
- تقسیم اختیارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بین سازمان‌ها و وزارتخانه‌های مختلف (رفاه، هلال‌احمر، بهزیستی، سازمان‌های بیمه‌گر، نفت و غیره) و پاسخگویی متمرکز در این وزارتخانه
- کمبود نظام اطلاعاتی مدیریتی در ابعاد مختلف مراکز ارائه خدمات بخش خصوصی
- کمبود مقررات، روش‌ها استانداردها
- تضاد منافع میان برخی از مدیران حوزه سلامت
- توقف اجرای برخی طرح‌ها (مانند سطح‌بندی خدمات و مراقبت‌های سلامت مادران و نوزادان) در نتیجه اعمال نظرهای شخصی
- انتخاب وزرا و مدیران ارشد در تغییرات دولت‌ها بر اساس پزشک بودن و داشتن سابقه و تجربه‌ی مدیریت



جدول متوسط طول مدت مسئولیت روسای دانشگاه‌ها در کشورهای پیشرفته و دانشگاه‌های ایران

متوسط سال مدیریت	تعداد روسا	سال‌های فعالیت	کشور	نام دانشگاه
۱۰	۲۸	۲۷۵	آمریکا	هاروارد
۱۲	۱۲	۱۴۶	آمریکا	کرنل
۱۱	۱۱	۱۲۵	آمریکا	استنفورد
۸	۱۴	۱۰۴	انگلیس	امپریال
۸	۱۳	۱۰۳	کانادا	آلبرتا
۳	۱۳	۴۴	ایران	صنعتی شریف
۳	۱۶	۴۰	ایران	شهید بهشتی
۴,۲۵	۴۰	۱۷۰	ایران	علوم پزشکی تهران (از مبدأ دارالفنون)
۳	۷	۲۵	ایران	علوم پزشکی شهید بهشتی

