

پیامی به دکتر پزشکیان و
گارگروه انتخاب وزیر بهداشت:

20 چالش و مسئله حیاتی
نظام سلامت که وزیر پیشنهادی
شما باید توانایی حل آنها را
داشته باشد

نادر جهان مهر
متخصص اقتصاد سلامت
عضو هیات علمی دانشگاه علوم
پزشکی شهید بهشتی



مشارکت بین بخشی ضعیف وزارت بهداشت

- با توجه به نقش پر رنگ تعیین کننده های اجتماعی و اقتصادی در سلامت مردم، مشارکت بین بخشی باید اصلی ترین وظیفه وزارت بهداشت و درمان در مدیریت سلامت جامعه باشد. فقدان ساز و کار و سیستمی برای این امر مهم یک نقص بزرگ در ساختار فعلی است.
- برای مثال آلودگی هوا یک معضل جدی با بار بیماری های تنفسی - قلبی و مرگ بالا در کشور ماست. بالای ۴۰ هزار نفر سالیانه به دلیل آلودگی هوا در ایران می میرند و این هر سال بدتر هم می شود. عامل ایجاد آن بسیاری از صنایع مصرف کننده سوخت های فسیلی در کشور است. وزارت بهداشت برای حفظ سلامت مردم باید در مرکز تعامل و مذاکره با نهادها و سازمان های مختلف و مدیریت این معضل در بخش های دولتی و خصوصی باشد اما متأسفانه در این خصوص کار عمیق و جدی نمی کند.



سرمایه گذاری و سهم پایین سلامت از GDP

- درصد مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی کشور وضعیت خوبی ندارد. براساس مطالعه موسسه ملی تحقیقات سلامت این میزان برای سال 1400 معادل 5 درصد است. البته این عدد لزوماً نشان دهنده وضعیت سلامت جامعه نیست اما از منظر رشد اقتصادی این عدد برای کشور قابل قبول نیست.
- امروزه سرمایه گذاری در نظام سلامت فرصت بزرگی در جهان است. به طور کلی هر چه این عدد بالاتر باشد، رشد اقتصادی نیز بیشتر می شود. زیرا سیستم سلامت می تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد، بهره وری و درآمد نیروی کار را افزایش دهد و فناوری های جدید را توسعه دهد.
- برخی مطالعات نشان می دهند که به ازای هر 1 دلار سرمایه گذاری در حوزه سلامت، بین 2 تا 4 دلار در کشورهای در حال توسعه بازدهی وجود دارد. ما از این فرصت ها استفاده نمی کنیم.
- برای مثال در یک بازار 1.5 تریلیون دلاری دارو در جهان، سهم ما از صادرات دارو در حدود 60 میلیون دلار است. یعنی تقریباً صفر درصد!



- تأمین مالی در سیستم سلامت کشور ما پایدار نیست! این سیستم از مخارج عمومی پایین، پرداخت های از جیب بالا، سیستم بیمه ای ضعیف، تخصیص و استفاده ناکارآمد از منابع و توزیع ناعادلانه بار مالی و منافع آن رنج می برد. نظام تأمین مالی موجود نقایص خود را هم در شرایط عادی و هم در بحران ها بارها نشان داده است.
- طرح تحول سلامت به عنوان آخرین مداخله جدی سیاست گذاری همچنان با چالش هایی مانند بودجه ناکافی و ناپایدار مواجه بوده و هست. این در حالیست که روشهای خلاقانه زیادی برای تأمین مالی سلامت بر اساس تجربه سایر کشور ها وجود دارد که ما از آنها استفاده نمی کنیم.



تمرکز قدرت در ستاد و عدم استقلال دانشگاه ها

- در وضعیت فعلی برنامه ریزی و سیاستگذاری، تخصیص منابع، گسترش و توسعه خدمات و تصمیم گیری در انجام بسیاری از امور در همه بخش ها اعم از درمان، آموزش، بهداشت و پژوهش متمرکز در ستاد وزارتخانه است. دانشگاه های علوم پزشکی مستقل نیستند و سطح بالای تمرکز میزان ابتکار عمل، نوآوری و خلاقیت و پاسخگویی به مشتریان آنها را در دانشگاه ها و نهادهای زیر مجموعه در کشور کاهش داده است.
- برای مثال در سلسله مراتب این سیستم برای اینکه یک رشته دانشگاهی ایجاد شود و یا کوریکولوم یک رشته به روز شود باید از هفت خوان رستم گذشت و سالها منتظر ماند!



دوشغله بودن بخش زیادی از پزشکان

بخش زیادی از پزشکان در سیستم فعلی علی رغم منع قانونی، دوشغله هستند(همزمان در بخش دولتی و خصوصی فعالیت می کنند). بیمارستان های دولتی منبع بیماریابی پزشکان، انتخاب دانه درشتها و انتقال آنها به مطب ها و بیمارستان های خصوصی برای ادامه درمان، جراحی و کسب درآمد است. چرا قانون اجرا نمی شود؟ مجریان قانون پزشک هستند و اجرای این قانون با منافع صنف آنها در تضاد است و با گذشت سالها از تصویب قانون انگیزه ای برای این کار ندارند!



تاب آوری ضعیف در برابر بحران های سلامتی

- در طول بیماری کووید-۱۹ بر اساس آمار رسمی حدود ۱۵۰ هزار نفر در ایران فوت کردند. باید پذیرفت عملکرد ما در همه گیری کرونا بد بود. سیستم بهداشتی و درمانی ما برای بحران آمادگی نداشت. نظام تصمیم گیری کند بود، در ارزیابی توانایی های سیستم سلامت دچار خطا شدیم. مداخلات به موقع انجام نشد، واکسن خارجی دیر وارد شد و واکسن داخلی هم دیر به بازار آمد و شد نوبت داروی بعد از مرگ سهراب! در حالیکه بخش زیادی از این مرگ قابل پیشگیری بود.
- نکته تلخ ماجرا این است که از فرصت های کرونا برای سیستم سازی و افزایش تاب آوری استفاده نکردیم. بخش زیادی از پزشکان و پرستاران هم از ایران رفتند، نیروهایی که به این زودی قابل جایگزین نیستند.



اثربخشی پایین پژوهش و نظام آموزش پزشکی

- علی رغم ادغام ساختاری و پرحاشیه آموزش و پژوهش در سیستم درمانی و بهداشتی آن، عملکرد این بخش ها بعد از 38 سال هنوز قابل قبول نیست.
- من طرفدار انتزاع و برگشت به عقب بویژه در این شرایط کشور نیستم اما بررسی های مختلف نشان می دهد سیستم آموزش پزشکی علی رغم تلاشها با شرایط مطلوب فاصله زیادی دارد و ادغام آن در سیستم ارائه خدمت منجر به کیفیت پایین خدمات درمانی و آموزش پزشکی شده و نارضایتی بیمار و دانشجو در آن بالاست.
- همچنین یک تناقض جالب در این سیستم ادغام یافته این است که عمده سیاست ها، مداخلات، تصمیمات اجرایی، بالینی و آموزش علوم پزشکی مبتنی بر شواهد علمی تولید شده توسط آن نیستند! به عنوان یک سوال ساده تولید 10 ها هزار مقاله علوم پزشکی در سال چه مسائل و مشکلاتی از سیستم سلامت کشور را در ابعاد مختلف آن حل کرده است؟



بر اساس شواهد و مطالعات مختلف حدود ۳۰ درصد از خدمات پزشکی و درمانی در ایران غیر ضروری و مبتنی بر تجویزهای غیر منطقی یا تقاضای القایی سیستم درمانی است. منابع صرف شده برای ارائه این میزان هزینه فرصت بالایی دارد. حتی اگر نصف این خدمات غیر ضروری هم حذف شود صرفه جویی قابل توجهی در مخارج سلامت خواهد بود و منابع زیادی را آزاد خواهد کرد.



روشهای پرداخت به ارائه کنندگان سلامت عمدتاً گذشته نگر و پر هزینه است. بیشتر این روشها مانند کارانه به گونه ای طراحی شده که مخارج بیشتر برای بیماران و ارائه خدمات غیر ضروری و بی کیفیت را تشویق می کند. علی رغم اینکه روشهای پرداخت هزینه اثربخش برای مدیران سیستم مشخص است هنوز در اجرای آن هیچ پیشرفتی حاصل نشده است؟!!



عدم جدایی خریدار از ارائه کننده خدمت

در طراحی فعلی وزارت بهداشت و درمان، سیاستگذار همزمان ارائه کننده و خریدار خدمت است. سازمان بیمه سلامت به عنوان یک خریدار خدمت در ایران وابسته به وزارت بهداشت است و منابع مالی و سیاست های آن را این وزارتخانه کنترل می کند. این مدل در دنیا توصیه نمی شود و اغلب منجر به ناکارآمدی، کیفیت پایین خدمات و بی عدالتی می شود. تداوم این وضعیت همچنین تضاد منافع و تقاضای القایی را تشویق می کند.



بی عدالتی در توزیع منابع و امکانات در کشور

- بخش زیادی از منابع و امکانات بهداشتی و درمانی کشور در استان و شهرهای بزرگ متمرکز شده است و برابری کافی در توزیع و دسترسی به ویژه به خدمات تخصصی وجود ندارد. توزیع نابرابر نیروها و امکانات مکانیسم عرضه و تقاضا را به هم می ریزد و انحصار را تشویق می کند. پدیده هایی مانند زیر میزی و پایبند نبودن پزشکان متخصص به تعرفه های مصوب محصول همین توزیع نابرابر است.
- ده ها هزار نفر از مردم شهر و روستا از همه جای کشور روزانه به دلیل عدم دسترسی به امکانات و خدمات تخصصی راهی شهرهای بزرگی مانند تهران می شوند. این موضوع علاوه بر هزینه های مستقیم درمان، هزینه های غیر مستقیم مانند کاهش بهره وری و غیبت از کار و غیر ضروری شامل رفت و آمد، غذا و اقامت در هتل را گاهی برای چندین روز متوالی به بیمار تحمیل می کند. بار مالی این نوع هزینه ها به تفکیک بیماری و در مقیاس ملی بسیار چشمگیر است.



هزینه بالای بخش درمان

- هزینه های بخش درمان به واسطه به کارگیری تکنولوژی های بسیار گران تشخیصی و درمانی، تجویز غیر منطقی داروها، پیرشدن جمعیت و افزایش بار بیمارهای مزمن و غیرواگیر در کشور، با بلعیدن همه منابع انسانی، فیزیکی و مالی بخش سلامت روز به روز بزرگتر و همین طور هزینه فرصت آن هم بیشتر می شود.
- مردم اساساً به تجهیزات پزشکی، دارو و خدمات درمانی نیاز ندارند و نیاز آنها به این بخش اشتقاقی و از سر اجبار است. آنچه مورد نیاز است، سلامتی است اما سیستم فعلی متوجه نیاز اصلی نیست. سرمایه ها و منابع سلامت باید به سمت اصلاح رفتار مردم و پیشگیری از بیماری سوق داده شود.



تدوام برنامه های ملی غیر هزینه اثر بخش

- ده ها و شاید صدها مداخله و برنامه بهداشتی و درمانی بدون ارزشیابی و بررسی هزینه اثربخشی آنها با صرف منابع زیاد دهه هاست که در وزارت بهداشت و درمان همچنان در حال اجراست. در حالیکه بسیاری از این برنامه ها مدتهاست تاریخ مصرفشان گذشته است! و اجرای بسیاری از آنها در حال حاضر هزینه اثربخش نیست.

- این وضعیت امکان تعریف و ادغام برنامه های جدید و مورد نیاز را به دلیل نیاز به منابع مالی و بودجه بیشتر با مشکل مواجه می کند.



حکمرانی نظام سلامت در انحصار پزشکان

- کل سیستم سلامت را پزشکان سیاست گذاری و مدیریت می کنند. شخص وزیر و معاونان او، مدیران کل وزارتخانه، همه روسای دانشگاه های علوم پزشکی و معاونان و مدیران آنها اغلب پزشک اند! اکثراً غیر حرفه ای (دانش و تحصیلات مدیریتی ندارند) و انتصاب آنها بر اساس لابی، رفاقتی و در نتیجه سلیقه ای و با آزمون و خطاست! در حالیکه سلامت ابعاد مختلف دارد و حل مسائل آن بدون در نظر گرفتن دیدگاه سایر رشته ها و ذینفعان کلیدی آن قابل حل شدن نیست. حتی مدیر امور خوابگاه های دانشجویی در بسیاری از دانشگاه ها علوم پزشکی یک پزشک است!
- واقعیت این است که سیستم سلامت و مراقبت بهداشتی اصولاً چند بعدی و نیازمند تفکر سیستمی و کل گراست و با دیدگاه صرفاً تخصصی و جزء نگر پزشکان و نیروهای درمانی در تناقض است. نقش جامعه شناس، متخصص تغذیه، اقتصاددان، اپیدمیولوژیست، متخصص بهداشتی، متخصص ورزشی، هنرمند، روانشناس و ... در نظام حکمرانی سلامت کجاست؟



عدم سازگاری نظام حکمرانی با توسعه تکنولوژی

در وضعیت فعلی، سیستم حکمرانی سلامت با توسعه تکنولوژی و نوآوری مطابقت و سازگاری ندارد. سیستم فعلی تنظیم گری اثربخش و کارآمد ندارد. مثلاً برنامه و تکلیف این سیستم با توسعه سلامت دیجیتال، به کار گیری هوش مصنوعی در سیستم های بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش، به اشتراک گذاری دیتای سلامت با محققان و کسب و کارها، توسعه استارتاپ های جدید و ... مشخص و شفاف نیست!



بیمار محور نبودن سیستم سلامت

- مردم و بویژه بیماران با وجود اینکه اصلی ترین ذینفع سیستم سلامت هستند، خارج از نظام سیاستگذاری، برنامه ریزی و طراحی مداخلات بهداشتی و درمانی قرار دارند. متأسفانه نظام ارائه خدمات سلامت با بیمار محوری فاصله زیادی دارد.
- بیمار محوری سیستم سلامت بهبود کیفیت خدمات، رضایت بیشتر بیماران، بهبود نتایج درمان و کاهش هزینه های سلامت را به دنبال دارد.



بیمارستان: مدلی غیراثربخش برای بیماریهای غیر واگیر

- ظهور بیمارستان ها در سیستم درمانی اساساً برای پاسخ دادن به بیماریها و وضعیت های حاد مانند حمله آسم، برونشیت، شکستگی استخوان و ... بودند. این مدل برای بیماریهای غیر واگیر و مزمن که عوامل ایجاد کننده آنها چند بعدی است و نیاز به مراقبت های طولانی مدت و تغییر رفتار و سبک زندگی افراد دارند، جواب نمی دهد.
- بیمارستان یک راه حل قدیمی برای مشکلات جدید است. در حالیکه ما به اشتباه اکثریت منابع سلامت را در بیمارستان ها متمرکز کرده ایم. ما نیاز به مدل های جدید ارائه خدمت و سرمایه گذاری در کسب و کارهای سلامت دیجیتال و راه حل های جدید در حوزه سلامت داریم که در سیستم فعلی کمتر به آنها توجه می شود. تصور بیشتر افراد این است که بیمارستان محل درمان همه بیماری هاست. اما این غلط است و باید از این قالب فکری خارج شویم.
- برای مثال کسب و کار های جدیدی مانند لیمومی، کرفس و ... در سالهای اخیر با جذب میلیون ها مشتری و هدف گذاری سبک زندگی آنها، از خیلی از بیمارستانهای گران فعلی و با هزینه های کمتر روی سلامت مردم تاثیر بیشتری داشته اند.



- سرعت در دنیای امروز برای پاسخ به نیازهای بی شمار بهداشتی و درمانی مردم یک اولویت است. با توجه به ساختار ادغام یافته وزارت بهداشت و درمان باید پاسخ گویی به نیازهای متعدد دانشجویان، اساتید دانشگاه و کارمندان را هم اضافه کنیم. فرآیند های ناکارآمد و غیر موثر در سیستم فعلی این وزارتخانه مانع پاسخ سریع به نیازهای مشتریان متنوع آن است. ساختار و فرآیندها کند، بروکراتیک، غیر منعطف و ناامید کننده است.
- سیستم فعلی طوری چیده و طراحی شده است که توان به روز رسانی سریع را ندارد. فقدان سیستم های اطلاعاتی دقیق، یکپارچه، به روز و آگاه از وضعیت سلامت مردم و منابع انسانی و مالی، نظام تصمیم گیری را با تاخیر زیادی مواجه کرده است.



- مطالعات متعدد نشان می‌دهند که عوامل اجتماعی اقتصادی مانند امنیت غذایی، آموزش، دسترسی به آب و هوای سالم، پوشش و دسترسی برابر و همگانی به سیستم سلامت، درآمد و ... تعیین‌کننده‌های حدود 80 درصد سلامت هستند و مراقبت پزشکی و بیمارستانی تعیین‌کننده حتی کمتر از ۱۰ درصد سلامت مردم است با این وجود بخش آخر مصرف‌کننده حدود 80 درصد منابع سلامت کشور است.
- سرمایه‌گذاری روی افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی در برنامه هفتم بدون این ملاحظات تاب‌آوری را کمتر، مخارج سلامت را بیشتر و وضعیت سلامت ما را در آینده بدتر می‌کند.



هزینه های بالای سلامت از جیب مردم

- بر اساس داده های سازمان جهانی بهداشت در ۲ دهه گذشته به طور میانگین بالای ۴۵ درصد از کل مخارج درمانی و سلامت کشور از جیب مردم تامین می شود. میانگین این عدد در همین دوره زمانی برای کل جهان فقط ۲۰ درصد است.
- با توجه به مشکلات روز افزون اقتصادی کشور و همینطور افزایش مداوم هزینه های بخش درمان توان دولت برای افزایش سهم خودش از مخارج سلامت در سالهای آینده از وضعیت فعلی کمتر و اگر مداخلات جدی صورت نگیرد، سهم مردم از مخارج سلامت بر عکس دنیا بیشتر می شود.