

در جامعه ما رخ داد که در جهان نمونه شدیم، یکی تغییرات جمعیتی و سقوط باروری بود که زیاد گفته شد و کارهایی صورت گرفت اما تغییر دیگر جابه جایی روستاها به شهرها بود، طی ۳۰ سال ۷۰ درصد جمعیت روستایی مان تبدیل به ۷۰ درصد جمعیت شهری شد.

با انتقال روستاییان به شهر و رشد جمعیت و غیر فعال بودن خدمات و گران بودن خدمات در شهرها مشکلاتی به وجود آمد. خدمات غیر فعال یعنی مراکزی داشتیم که خدمات بهداشتی و درمانی ارائه می کردند اما به مراجعین خودشان، مراجعه از سمت شبکه به آن ها نبود در روستاها اما برعکس بود، شبکه سراغ مردم می رفت. با عوض شدن معادله و افزایش شهرنشینی مردم از پوشش خدمات فعال خارج شدند و وارد خدمات غیر فعال شدند.

این اتفاق با ناکارآمدی نظام بیمه برای پوشش خدمات درمانی همراه شد، یعنی از خدمات بهداشتی خارج شد و خدمات درمانی شان هم تضعیف شد چون خدمات گران و تخصصی بودند و پرداخت از جیب مردم حدود ۶۰ الی ۷۰ درصد بود، این شرایط عملاً به معنای ناکارآمدی سرمایه گذاری های دولت بود، در این زمان سازمان جهانی بهداشت هم UHC را مطرح کرد، لذا ما می خواستیم دو مسئله خدمات غیر فعال و گرانی را با نگاه UHC حل کنیم.

با این توضیحات در طرح تحول چه برنامه ریزی کردید تا مشکلاتی که اشاره کردید حل شود؟

پایه گذاری این طراحی در قانون برنامه پنجم انجام شد، در مسیر این قانون با رهبر انقلاب مکانبه و شاخص های سلامت گزارش شد و ایشان دستور دادند گروهی تشکیل شود و احکام این قانون را به یک سیستم و مدل تبدیل کردند. این مدل را سازمان بهداشت جهانی در اجلاس ژنو هم به عنوان مدل قابل ارائه به دنیا معرفی کرد و از وزیر وقت خانم وحید به عنوان نماینده جمهوری اسلامی تقدیر کرد. بعد از این وقت تدوین سیاست های کلان رسید که ما همین مدل را در سیاست های کلان به عنوان مشاور مجمع تشخیص مصلحت ارائه داریم و در نهایت هم ابلاغ شد. باروی کار آمدن دولت جدید، آقای هاشمی وزیر شدند و در برنامه پیشنهادی شان به مجلس هم ما این عناوین را آوردیم. این عناوین شامل یک طرح مثلثی بود و سه هدف را در گام اول دنبال می کرد، گامی که امکان دارد در دوره وزارت ۴ ساله ایشان محقق شود، این گام لایه بندی دارد، طرح تحول سلامت لایه اول از این طرح کلان است و هدفش حل همان دو مسئله ای بود که اشاره کردم، این ها مسائل اولویت دار بودند و بعد از آن سراغ سایر مسائل می رفتیم. ما یک سه ضلعی در نظر گرفتیم، ۱- اول این که پوشش خدمات فعال را به شهر گسترش بدهیم، اولویت هم از شهرهای بزرگ تر بین کلانشهرها و حاشیه کلانشهرها بود، یعنی ناگهان برای ۵۰ میلیون نفر اجرا می کردیم، لذا باید منابع مالی و امکانات اجرایی مان را باید در نظر می گرفتیم. در گام اول تصمیم گرفتیم شهرهای ۲۰ هزار نفر که زیر پوشش هستند را به شهرهای تا ۱۰۰ هزار نفر و حاشیه شهرها تغییر بدهیم، ۲- دوم این بود که تمام جمعیت ایران به یک ترتیبی تحت پوشش بیمه قرار بگیرد، یعنی حتماً هر کدام از شهروندان بیمه سلامت داشته باشند که در قانون برنامه پنجم بیمه اجباری و فراگیر سلامت را دیده بودیم، یعنی زیر ساخت های حقوقی این گام ها در قالب قانون و سیاست ها فراهم شده بود. ۳- سوم این بود که حداقل مراکز دولتی جایگاهی باشند که اگر مردم به آن ها مراجعه کردند، نگران هزینه هایشان نباشند. در واقع ما اگر نمی توانیم در کل بخش خصوصی و دولتی پرداخت از جیب را کاهش بدهیم، حداقل این مراکز را درست کنیم که طبقه آسیب پذیر را پوشش بدهند. این تحلیل اقتصادی هم دارد، نرخ تورم بخش سلامت بالاتر از نرخ میانگین تورم کل کشور است، این نرخ تورم در دهک های مختلف هم متفاوت است، در دهک های پایین تشدید شونده است و در دهک های بالا اثر کمتری دارد. مثلاً اگر میانگین تورم ۱۷ ساله سلامت ۲۱ درصد است در دهک های بالا ۸ درصد می شود و در دهک های پایین ۳۸ درصد می شود، بنابراین با توجه محدودیت منابع باید می رفتیم جایی را درست می کردیم که این پوشش کامل می شود. این مبنای طرح تحول سلامت بود. در مرحله بعد بر اساس این ایده ۹ برنامه اجرایی یا نه گام طراحی کردیم، نسبت این اهداف با برنامه چقدر است، چقدر آن ها را دنبال می کند مسلماً ۱۰۰ درصد نیست. آیا الزامات اجرایی آن پیش بینی شده است، نیروی انسانی توجیه و همراه است؟ سایر

ذی نفع های حوزه سلامت شامل مردم، سیاست گذاران، پزشکان، پرستاران، آیا با این برنامه ریزی همراه هستند، کجا تضاد منافع است، کجا همگرایی منافع است، همه این ها جای بحث دارد.

برگردیم به موضوع نحوه اجرایی شدن ۹ گامی که گفتید.

نگاه ها در اجرا این بود که چقدر نفع و چقدر سود می کنیم، بعد در خود سلامت، درمان، بهداشت و آموزش داریم که مجزا از هم عمل می کنند. برنامه ها خوب طراحی شد اما دارای یکپارچگی نبود، به ویژه این که در مسیر عنوانی به طرح اولیه اضافه شود که خود ضرورت اجتماعی است، آن هم بر خورد با زیر میزی بود اما اولویت ما در طرح نبود. چون باید زیر ساخت هایش فراهم می شد، اما بالاخره کاری بود که خود مجلس شروع کرد اما صدمه جدی به طرح زد، وزارت مجبور شد دنبال اصلاح نظام تعرفه گذاری و پرداخت برود، این دو تهدید درست کرد. ۱- جریان های ذی نفعان را با خودش دچار چالش کرد، پزشکان، پرستاران و سایر گروه ها، ۲- مشکل تحدید منابع. چون منابع مالی برای اجرا کافی نبود. این واقعا به طرح صدمه زد، الان بزرگ ترین چالش طرح همین است که اصلاً در طرح نبوده است.

جدا از نادرست بودن ورود به عرصه تعرفه گذاری، رویکردی که اعمال شده خودش آسیب ندارد؟ رقابت بی پایان بالا رفتن تعرفه های بخش خصوصی و دولتی.

قانون می گوید که تعرفه ها را بایستی بر اساس قیمت تمام شده تعیین کنید، حوزه سلامت حوزه هزینه و درآمد است، اصلاً بیرون و داخل ندارد، قیمت تمام شده خدمات ملاک است، طبق قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۴ دولت در تعرفه گذاری سلامت، می بایست قیمت تمام شده را استخراج می کرده که نکرده است و همیشه از جیب کارکنان برانه داده است. تعرفه گذاری دو جزء دارد، یکی حرفه ای و فنی و دیگری سرمایه گذاری. طبق قانون و سیاست های ابلاغی قیمت خدمت در بخش های مختلف یکسان است. مثلاً چه بخش خصوصی و چه دولتی ویزیت بیمار یکسان باید باشد. اگر نیست خلاف است.

نکته همین است چون الان پزشکی که در بخش خصوصی فعال است توقع دارد در بخش دولتی هم همان قدر درآمد داشته باشد!

ما نمی گوئیم چقدر، می گوئیم قیمت یکی باشد، قیمت واقعی کدام است؟ اگر دولتی است، پس باید جلوی بخش خصوصی را گرفت، اگر خصوصی قیمتش واقعی است بخش دولتی باید بیشتر شود، یا اگر میان این دو است، هر دو باهم اصلاح شوند.

با توجه به این که تعرفه های دولتی را زیاد کردند، پس ظاهراً قیمت واقعی همان بخش خصوصی بوده است.

اصلاً روی قیمت بحث ندارم، هر کدام مبنای محاسباتی دارد، این روشی که در حال حاضر چانه زنی می کنند، غلط است، چون اجزای قیمت یک خدمت معلوم است، از کجا حاصل می شود، در دنیا روش دارد، تعرفه گذاری که فقط برای ما نیست، پزشک آمریکایی هم تعرفه دارد، مدل های پرداخت هم متنوع است. میزان درآمد کف و سقف دارد، خارج از این محدوده را چگونه جبران کنیم؟ اگر بیشتر بود چه کنیم؟ مثل هلند ۷۵ درصد مالیات بگیریم یا مثل انگلستان ۱۰۰ درصدش را بگیریم؟ در این کشورها پزشک اصلاً سراغ درآمد بیشتر نمی رود، همه این ها قابل بررسی است، این موضوع بالاخره باید حل می شد اما الان اولویت ما نبود، این بیشتر یک اولویت سیاسی بود چون در کشور سروصدا ایجاد کرده بود. ما برای رسیدن به حل مسئله زیر میزی در طرح اولیه ۵ الی ۶ سال زمان پیش بینی کرده بودیم، اما مقاومت اجتماعی هم در برابر طرح ایجاد کرد، گروهی که بایستی همکاری می کردند تا به اهدافمان برسیم الان همکاری نمی کنند.

با توجه به این شرایط الان چه باید کرد؟ آیا بایستی این طرح متوقف و اصلاح شود؟

پرونده دوم

طرح تحول نظام سلامت



برنامه ها دارای

یکپارچگی نبود،

در مسیر عنوانی به

طرح اولیه اضافه

شود، آن هم برخورد

با زیر میزی بود اما

اولویت ما در طرح

نبود. این دو

تهدید درست کرد.

۱- جریان های

ذی نفعان را با

خودش دچار

چالش کرد،

پزشکان، پرستاران

و سایر گروه ها،

۲- مشکل

تحدید منابع