

اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران

دکتر کامل شادپور*

Health sector reform in Islamic Republic of Iran

K Shadpour☆

دریافت: ۸۵/۶/۱ پذیرش: ۸۵/۸/۶

*Abstract

Ever-changing needs of society to which the health sector has to respond, makes the health sector reform inevitable for any country around the world. Based on the experiences gained in different countries, it is now possible to determine the driving force, main objectives and principles of reform in the health sector.

While such activities began around 2001 in Iran, reform in other countries was enjoying almost two decades of experience. Increasing the efficiency and effectiveness of health services, equity, sustainable financing and management improvement were the main objectives of health sector reform in Iran. Despite conducting some very effective studies, success in finding the answer to some crucial questions and creating a common language among those dealing with the health system, the health sector reform in Iran could not find the opportunity to put its ideas into practice to achieve all its objectives. This stemmed from very poor (if any at all) political commitment. In conclusion, this article recommends both the government and the parliament to be solemnly committed to following health system reform through providing facilities and resources to complete the ongoing project and also implementing the newly developed models in multiple pilot sites.

Keywords: Health Sector Reform, Health Services, Organization and Administration

* چکیده

نیازهای در حال تحول جامعه که نظام سلامت می‌بایست پاسخ‌گویی آنها باشد، اصلاح و تحول این نظام را در همه کشورهای جهان گریزناپذیر می‌سازد. بر پایه تجربه‌های به دست آمده از اصلاح نظام سلامت در کشورهای مختلف، امروز تعیین نیروهای سبب‌ساز اصلاحات و هدف‌ها و اصول عمده آن میسر شده است.

در ایران فعالیت‌های اصلاح نظام سلامت از سال ۱۳۸۰، زمانی که حدود دو دهه از سابقه پرداختن به آن در دیگر کشورهای جهان می‌گذشت، آغاز شد. افزایش کارایی و اثربخشی خدمات سلامت، برقراری عدالت، تأمین مالی پایدار و بهبود مدیریت از هدف‌های اعلام شده برای اصلاح نظام سلامت در ایران بوده است. با وجود انجام سلسله‌ای از تحقیق‌های اثرگذار، توفیق در یافتن پاسخ برخی از پرسش‌های اساسی و حساس در نظام سلامت و کمک به پدید آمدن زبانی مشترک در میان افراد و سازمان‌های مرتبط با سلامت، اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران فرصت آن را نیافت که اندیشه‌های حاصل از پژوهش‌ها را به اجرا گذارد و به همه هدف‌های خود دست یابد. از جمله علت‌های عمده، ضعف یا فقدان حمایت سیاسی از جریان اصلاحات بود. در این مقاله پیشنهاد شده است دولت و مجلس تعهد خود در برابر چنین حرکت مهم را به صراحت اعلام دارند و تسهیلات قانونی، اجرایی و منابع کافی برای آزمودن الگوهای نوین طراحی شده را فراهم آورند.

کلیدواژه‌ها: اصلاح نظام سلامت، خدمات بهداشتی-درمانی، سازمان و مدیریت

* کارشناس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آدرس مکاتبه: تهران، خیابان دکتر مفتاح، کوچه عطارد، بن‌بست یکم، شماره ۴/۲، طبقه سوم، تلفن ۶۶۷۲۸۱۲۱

*** مقدمه :**

با اطمینان می‌توان گفت هیچ سامانه خدمت دهنده به مردم از جمله نظام سلامت بی‌نیاز از «اصلاح» نیست. زیرا سازمان خدمت‌رسان برای اثبات اثر در پی آن است که نیازهای جامعه و مردم را در حوزه مأموریت خویش برآورد. به طور معمول سرعت تغییر نیازها بیش‌تر از آن است که سازمان‌های امروز با روابط اداری پیچیده و مشی‌تنبل حاکم بر آنها از عهده تطبیق خود با ضرورت‌های برخاسته از تغییرهای بیرونی برآیند. ناگزیر میان آنچه سازمان از گذشته بدان مشغول است و آنچه به سبب تغییرهای محیط خارج، در شرایط حاضر از آن انتظار می‌رود فاصله می‌افتد و دست زدن به سلسله‌ای از تغییرهای سازمانی و عملکردی ضرورت می‌یابد که از آن به «اصلاحات» تعبیر می‌شود.

در کنار این واقعیت همیشگی و عام در عصر ما سلسله‌ای از ضرورت‌های خاص هم پرداختن به اصلاح نظام سلامت را ضروری می‌سازد. از آن جمله است: نوسدن پرشتاب فن‌آوری‌ها، افزایش توقع مردم به استفاده از آخرین و بهترین فن‌آوری‌ها، افزایش هزینه خدمات و کاهش منابع (تقریباً در همه جهان)، حاکم شدن اقتصاد بازار بر سازمان‌های خدمت و اثر ناخوشایند آن بر بازار سلامت و مسائلی چون فقر، شهرنشین شدن فقر، جهانی‌سازی، ضرورت حفظ دستاوردهای بهداشت عمومی و مقابله با بلاهای طبیعت.

در کشور ما از حدود شش سال پیش ضرورت پرداختن به اصلاح نظام سلامت احساس شد و در این راه کارهایی صورت گرفت. هدف این نوشته نقد فعالیت‌های اصلاح نظام سلامت است. نویسنده خود در جریان بخشی از این فعالیت‌ها بوده و با آن همکاری داشته است. در هر جزء از نوشته حاضر سعی شده است ابتدا بر پایه گفته‌ها و نوشته‌های صاحب‌نظران یا نتایج به دست آمده از دست زدن به اصلاحات در کشورهای گوناگون، تصویری از باید و نبایدهای اصلاح نظام سلامت فراهم آید، سپس وضعیت اصلاح نظام سلامت در کشورمان با

آن سنجیده شود تا مقایسه و دست یافتن به تفاوت‌ها یا مشابهت‌ها آسان‌تر باشد.

*** سبب‌ساز اصلاحات :**

صاحب‌نظران معتقدند پس از عوض شدن دولت‌ها (نظیر آنچه با روی کار آمدن مارگرت تاچر در انگلستان پیش آمد) یا رویدادهای بنیانی در سیاست و اقتصاد کشورها (مانند فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی سوسیالیستی) یا رهایی کشورها از جنگ (شبهه آنچه در کامبوج و موزامبیک دست داد) ممکن است محرک‌های لازم برای دست زدن به اقدام‌های اصلاحی فراهم آید. در آفریقای جنوبی نیز در عصر پس از آپارتاید راه برای آغاز تغییرهای بنیادی در سیاست‌های سلامت باز شد.^(۱)

در جمهوری اسلامی ایران با انقلاب اسلامی، راه برای دست زدن به تغییرهای اساسی در نظام سلامت کشور پدید آمد. سه نفر از کارشناسان با تدوین مجموعه‌ای با عنوان «نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی»^(۲) ضرورت، روش، ابعاد و جزئیات این تغییر را از عمق روستاها تا وزارتخانه و حتی دفتر وزیر ترسیم و تدوین کردند که در زمان خود جزء به جزء آن از تصویب مسؤولان وقت وزارتخانه گذشت. از این مجموعه، تنها به راه‌اندازی ناقص شبکه‌های بهداشت و درمان کشور بسنده شد که تاکنون کارایی و اثر آن بر سلامت جامعه به صورت‌های گوناگون اعلام و تأیید شده است. اما به نظر نمی‌رسد بر روی کار آمدن دولت اصلاحات در سال ۱۳۷۶، دست کم به طور مستقیم، بر پای‌گیری جریان اصلاح نظام سلامت در کشورمان مؤثر بوده باشد. اصلاح نظام سلامت، چهار سال پس از روی کار آمدن دولت اصلاحات با خواست و اراده وزیر وقت و اعتقاد چند نفر از مسؤولان و کارشناسان پا گرفت و ادامه یافت.

به نظر نویسندگان کتاب «اصلاحات نظام سلامت، راهنمای عدالت و کارایی» چهار عامل، دست زدن به

و درمان و در نتیجه پوشش خدمات و از آن جمله ایمن‌سازی در حد مؤثر، کاهش ولادت و مرگ و مهار رشد جمعیت، مبارزه با بیماری‌های غیرواگیردار، افزودن محسوس بر شمار تربیت‌شدگان نیروی انسانی در عرصه سلامت، گسترش پژوهش، برقراری نظام ژنریک دارو، افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی، افزایش مراکز تخصصی و فوق تخصصی، راه‌اندازی مراکز تشخیصی، تجهیز مراکز آموزشی و توفیق در ساخت تجهیزات پزشکی.^(۹و۱۰و۱۱)

کمبودهای نظام سلامت نیز که ممکن است هر یک سبب‌ساز اصلاحات باشد عبارتند از:

- سیاست‌گذاری و جذب نیرو - هنوز نظام سلامت نهادی توانا برای تحلیل و انتخاب سیاست‌ها ندارد و تصمیم‌های سیاستی در بیرون از آن گرفته می‌شود. این نظام توان جذب نخبگان تحلیل‌گر یا نگاه‌داری آنان را ندارد. در این باره برنامه‌ای در کار نیست. هیچ ساز و کاری برای ایجاد انگیزه در کارکنان، برقراری ارتباط با آنان یا آگاه شدن از برداشتی که در مراجعه کنندگان به ویژه مراجعان به واحدهای ستادی بر جا گذاشته می‌شود به چشم نمی‌خورد.

- مدیریت - شیوه‌های مدیریتی حاکم بر این نظام، سنتی و بریده از روش‌های نوین است. اراده‌ای برای استفاده از حجم عظیم داده‌ها در تصمیم‌های مدیریتی به چشم نمی‌خورد. حجم قوانین و دستورعمل‌ها آزاردهنده و بازدارنده است. نظام سلامت از تداخل وظایف، سرگرم بودن واحدهای ستادی به کارهای اجرایی و غفلت آنان از برنامه‌ریزی و نظارت رنج می‌برد.^(۱۲) ناهماهنگی میان واحدها، هماهنگ نبودن با بخش‌های مرتبط با سلامت و ضعف در کار با مردم محسوس است.

- جمع‌آوری درآمد (Pooling System) - روش انباشت منابع مالی مورد نیاز که از خانواده‌ها، سازمان‌ها و شرکت‌ها یا از محل هدیه‌ها فراهم می‌شود، بسیار پیچیده و متنوع است. در سازمان تأمین اجتماعی ۳۰ درصد درآمد هر کارگر به این صندوق ریخته می‌شود (۷)

اصلاح نظام سلامت را ضروری می‌سازد که عبارتند از: هزینه‌های فزاینده مراقبت سلامت، انتظارات روبه گسترش مردم، محدود بودن منابع و پرداخت‌های مالی که تقریباً همه دولت‌ها با آن روبه‌رو هستند و بدگمان بودن مردم به دولت‌ها (به این معنی که در بسیاری از کشورها مردم از حاکمیت‌های ضعیف، بازدارنده، بوروکراتیک و فساد و ناکارآمدی دولت‌ها شکایت دارند).

در کلمبیا افزایش بی‌سابقه هزینه خدمات را از ۴ درصد به ۱۰/۵ درصد که در فاصله سال‌های ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۸ اتفاق افتاد محرک اصلاحات دانسته‌اند. این افزایش در شرایطی صورت می‌گرفت که مشارکت یک پنجم درآمدی بالای جامعه در هزینه‌های سلامت ۴۰ درصد کاهش یافته بود و در عوض سهم یک پنجم پایین‌تر درآمدی ۴۵ درصد افزایش داشت و نشان می‌داد که حرکت نظام به سوی ناعادلانه‌تر شدن توزیع منابع است.^(۴) در بورکینا فاسو پیش از دست زدن به اصلاح، نشانه‌های بیمار بودن نظام سلامت را به این شرح اعلام داشته‌اند: تمرکز بیش از حد تصمیم‌گیری و مدیریت، کم بودن کارایی فنی (Technical efficiency)، ضعیف بودن کارایی تخصیصی (Allocative efficiency)، بالا بودن سهمی که مراجعان برای تأمین سلامت خود می‌پردازند، عملکرد بد کارکنان و کیفیت نازل خدماتی که ارائه می‌کنند.^(۵و۶)

در نوشته‌های دیگر چند نگرانی از موجبات وارد آمدن فشار بر دولت‌ها و محرک دست یازیدن به اصلاحات تلقی شده است: نگرانی از افزایش کل هزینه‌هایی که صرف تأمین سلامت می‌شود، نگرانی از افزوده شدن هزینه‌های دولت در این باره، نگرانی از کم شدن دسترسی مردم و بهره‌مندی آنان از خدمات و نگرانی از کاهش اثربخشی خدماتی که ارائه می‌شود.^(۷)

* نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران:

برخی از توفیق‌های نظام سلامت در سال‌های پس از انقلاب اسلامی عبارتند از: راه‌اندازی شبکه‌های بهداشت

کارانه؛ در سازمان تأمین اجتماعی به پزشکان عمومی حقوق و مزایا، کارانه و نوعی پاداش کمک هزینه (Bonus) و به پزشکان متخصص حقوق و مزایا و درصدی بابت هر مراجعه پرداخت می‌شود. آنچه به داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز رادیولوژی پرداخت می‌شود در برابر کاری است که انجام می‌دهند.

در درمان بستری، بیمارستان‌های دولتی بودجه مصوب دارند، فرانشیز خدمات خود را از مراجعان می‌گیرند و از اعتبارات استانی نیز برای تعمیر و تجهیز استفاده می‌کنند. در بیمارستان‌های خصوصی پزشکان سهام‌دار بیمارستان علاوه بر آنچه در برابر خدمات خود دریافت می‌دارند از منافع بیمارستان نیز سهم می‌برند. به دیگر پزشکان گاهی گذشته از کارانه، پاداش و کمک هزینه نیز پرداخت می‌شود.

فرانشیز خدمات در مراکز دولتی ۳۰ درصد، در بخش خصوصی برای پزشکان عمومی ۴۵ درصد و برای پزشکان متخصص ۵۰ درصد است. فرانشیز دارو، آزمایشگاه و خدمات رادیولوژی در بخش دولتی ۳۰ درصد و در بخش خصوصی ۵۰ درصد است.

● ارائه خدمات - در شهر و روستا تفاوت‌هایی دارد. در خانه‌های بهداشت بسته‌های خدمات مشخص و پیگیری‌ها منظم است، هرچند روستاهای اصلی و قمر از نظر تنوع و استمرار خدمات یکسان نیستند. در شهرها، به ویژه شهرهای بزرگ پوشش محدوده واحد ارائه‌کننده خدمات مشخص نیست، استفاده‌کنندگان با ارائه‌کننده ثابت یا مشخص سر و کار ندارند و شیوه ارائه خدمت فعال نیست. پیگیری خدمات جز با استفاده از حضور رابطان ناممکن است.^(۱۷)

در مجموع بازار سلامت از نظر کسب درآمد، انباشت درآمدها، شیوه‌های استفاده از آن برای خرید مداخله‌ها، بسته خدمت، رضایت مردم، رضایت ارائه‌کنندگان خدمات، مدیریت نظام و استفاده از نظام اطلاعات، آشفته و آکنده از محرکه‌های بی‌شمار برای اصلاح است.^(۱۸)

درصد کارگر، ۲۱ درصد کارفرما و ۲ درصد دولت). در سازمان بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت برای خود یا افراد خانواده‌شان مبلغی ثابت می‌پردازند. حق بیمه روستائینان معادل ۴۰ درصد کارکنان دولت است، ولی روستایی خود چیزی پرداخت نمی‌کند. خویش‌فرمایان همه حق بیمه را خود می‌پردازند و برای طلاب و دانشجویان ۸۰ درصد حق بیمه را دولت به این صندوق می‌ریزد. حق بیمه نیروهای مسلح و خانواده آنان معادل کارکنان دولت است و کارکنان بانک‌ها، شهرداری‌ها و وزارت نفت صندوقی جداگانه برای بیمه سلامت دارند. حق بیمه افراد فقیر نیز توسط دولت به صندوق کمیته امداد واریز می‌شود. به همین سبب، منابع درآمدی برای تأمین سلامت را پیچیده و غیرشفاف می‌دانند که در آن فشار بر مصرف‌کننده بسیار و هزینه اثربخشی مداخله‌ها خالی از حجت است. تعدد صندوق‌های بیمه به کارایی منابع جمع‌آوری شده لطمه می‌زند و یکی بودن تأمین‌کننده و ارائه‌کننده خدمات کار را خراب‌تر می‌کند.^(۱۳) هنوز هم سهم پرداخت‌های مستقیم مردم در تأمین مالی خدمات و سلامت بیش از ۵۶ درصد است.

● پوشش بیمه‌ها - جمع کردن رقم بیمه شدگان صندوق‌های چهارگانه بیمه، نسبت افراد بیمه شده را ۹۰ درصد نشان می‌دهد (در حالی که میزان مشارکت این صندوق‌ها در تأمین مالی سلامت حدود ۲۰ درصد برآورد شده است).^(۱۴) البته در سندی دیگر میزان افراد بیمه‌نشده کشور ۲۶ درصد (نه ۱۰ درصد) اعلام شده است.^(۱۵) یکی از خبرگان کشور معتقد است بیمه‌نشده‌گان چه ۱۰ درصد باشند و چه ۲۶ درصد همین که بیمه شده مختار است به هر مرکز طرف قرارداد یا غیر آن مراجعه کند و مرکز مزبور نیز آزاد است او را به هر آزمایشگاه یا مرکز تصویربرداری یا هر بیمارستان ارجاع کند، نشان می‌دهد که نظام سلامت ایران باید اصلاح شود.^(۱۶)

● آشفته‌گی نظام پرداخت - در مراکز بهداشتی درمانی دولتی، حقوق؛ در درمانگاه‌های بیمارستان‌های دولتی حقوق و کارانه؛ در بخش خصوصی به شکل موردی یا

*** هدف اصلاحات :**

هدف اصلاحات از هدف‌های نظام سلامت جدا نیست. چون نظام‌های سلامت در دست یافتن به هدف‌هایشان نارسایی‌هایی دارند، هدف اصلاح نظام سلامت باید برطرف کردن آن نارسایی‌ها و کمک به نظام در رسیدن به هدف‌ها باشد.

هاتن برای نظام سلامت ۶ هدف قائل است که بر یکدیگر اثر متقابل دارند: تأمین دسترسی همگان به خدمات، ارائه کردن خدمات مطلوب و با کیفیت، اثربخش بودن اقدام‌ها، کارایی نظام در استفاده از منابع، پایداری و عدالت. به نظر هاتن در تنظیم فعالیت‌های اصلاحی می‌بایست اثر فزاینده یا کاهش‌ی این هدف‌ها مورد توجه قرار گیرد. به عنوان مثال می‌توان انتظار داشت که افزودن به دسترسی یا کیفیت از پایداری منابع نظام بکاهد، بر عکس کارایی بر پایداری و دسترسی بر عدالت بیافزاید.^(۱۹)

گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت برای بخش سلامت ۳ هدف می‌شناسد: ارتقای سطح سلامت، تضمین عادلانه بودن سهم مشارکت مالی مردم برای برخورداری از سلامت و پاسخ گفتن به انتظارات غیرپزشکی مردم که باید با گذر از چهار کارکرد (وظیفه) به آن رسید: تکوین و تقویت تولید بخش، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت^(۲۰) بر این اساس هر نوع کاستی در عمل کردن به وظایف، از احتمال دست یافتن به هدف‌ها می‌کاهد و آن را موضوع اصلاح نظام سلامت قرار می‌دهد.

مارک رابرتز که در تهران نظر پروفیسور شیائو دربارۀ اهرم‌های کنترل (Control knobs) را توضیح می‌داد معتقد است می‌توان از چند و چون این اهرم‌ها (تأمین مالی، نظام پرداخت، سازماندهی و تشکیلات، وضعیت مقررات و رفتار ارائه کنندگان خدمات و گیرندگان آنها) برای شناخت و تنظیم هدف‌های اصلاحات استفاده کرد.^(۲۱) برمن و باسرت اهرم‌های کنترل را ملاک دسته‌بندی اصلاح نظام سلامت به اصلاحات وسیع

(big R) و اصلاحات محدود (small R) قرار داده‌اند. اگر فقط تغییر یکی از اهرم‌های کنترل هدف اصلاحات باشد آن را محدود می‌دانند و اگر تغییر دادن دو اهرم یا بیش‌تر در برنامه باشد آن را وسیع تلقی می‌کنند. تغییر دیگری که این دو از اصلاحات محدود دارند این است که اصلاح نظام تنها به جمعیتی معین (شهریان، کارگران یا روستاییان) یا یکی از تسهیلات (بیمارستان، مرکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت) یا فقط یکی از برنامه‌ها (مراقبت از کودکان یا بهداشت محیط) محدود بماند. این دو استاد دانشگاه هاروارد در گزارش خود اصلاحات را تغییرات پایدار، هدفمند و اساسی تعریف کرده‌اند. پایدار به این معنی که کاری موقت و زودگذر نیست؛ هدفمند به اعتبار این که برخاسته از فرایندی منطقی، برنامه‌ریزی شده و متکی به شواهد باشد و اساسی به این تعبیر که ابعاد مهم و راهبردی نظام سلامت را هدف قرار دهد. به نظر این دو، اهرم‌های کنترل ویلیام شیائو کمک می‌کند تا اصلاحات نظام با پرهیز از جزئیات کم فایده به تغییرهای اساسی دست زند.^(۲۲)

در میان بیش‌تر نوشته‌ها این توافق وجود دارد که اصلاح نظام سلامت به سبب سیاسی بودن و وابستگی شدید آن به شرایط و احوال هر کشور، تعریف واحد و تعمیم‌یابنده به همه شرایط ندارد.

در جمهوری اسلامی ایران اصلاح نظام سلامت، «دست زدن به تغییرهای اساسی، هدفمند و پایدار به قصد افزودن به کارایی و هزینه اثربخشی مداخله‌ها، تأمین عدالت، ارتقای کیفیت و اصلاح مدیریت» تعریف شده است.

*** پیش‌نیازهای اصلاح :**

صاحب نظران حوزه اصلاح نظام سلامت معتقدند پیش از دست زدن به اصلاحات بهتر است چند کار عمده صورت گیرد :

مراقبت‌های اولیه بهداشتی (Primary Health Care) به سبب توجه به مناطق محروم و گسیل داشتن منابع، از جمله منابع انسانی، به روستاها از نمونه‌های عمل کردن به این نحوه فکری است. پیروان این سامانه ارزشی، بیش از آن که نگران هزینه اثربخش بودن خدمات و مداخله‌ها باشند درصد آن هستند که خدمات سلامت را به میان گروه‌ها یا قشرهای خاص هدایت کنند.

سومین سامانه ارزشی که در اصلاح نظام سلامت ممکن است مبنا و پایگاه دآوری درباره سیاست‌های اصلاحی قرار گیرد دیدگاه لیبرالی (Libertarianism) است. این دیدگاه بر آزادی فرد و پاسداری از حقوق افراد تا به حدی که سبب تجاوز به حقوق دیگر افراد نشود پای می‌فشارد. این مشرب فلسفی یا اخلاقی کاری به اثربخش بودن کارها ندارد و معتقد است آزادی به خودی خود جامعه‌ای اخلاقی پدید می‌آورد که در آن نیازی به بازتوزیع منابع وجود ندارد. در این دیدگاه، بازار اهمیت بسیار دارد و می‌بایست در آن تبادل کالا و نیروی کار کاملاً آزاد و بیرون از هرگونه نظارت باشد. به همین دلیل اگر این دیدگاه پایه ارزشی اصلاح نظام سلامت قرار گیرد، میزان مداخله دولت در فعالیت‌های بهداشت و درمان به حداقل می‌رسد.

در دهه ۱۹۸۰، رویکرد لیبرالی مبنای اقدام‌های اصلاح‌گرایانه در بخش سلامت بسیاری از کشورها بود. در مواردی نیز تلفیقی از سه دیدگاه یاد شده، راستای فکری اصلاح‌گرایان را تشکیل داده است. انتخاب یکی از سه پایگاه ارزشی یا ترکیبی از آنها نه فقط به سبب ابهام‌ها و پیچیدگی‌های فلسفی اخلاقی هر یک از آنها بلکه به سبب تأثیری که بر توزیع منابع بر جای می‌گذارد بسیار اهمیت دارد.

در جمهوری اسلامی ایران گرچه تأمین عدالت اجتماعی یکی از هدف‌های اعلام شده اصلاح نظام سلامت را تشکیل می‌دهد، به صراحت یکی از نظام‌های ارزشی یا ترکیبی از آنها انتخاب و اعلام نشده است.^(۳۴)

۱. با پژوهشی جامع وضعیت موجود نظام تصویر و تحلیل شود تا از این راه تعیین هدف‌ها و محتوای اصلاحات میسر شود و در آینده نیز بتوان دستاوردها را با آنچه بنا بود اتفاق افتد مقایسه کرد.^(۳۳)

در جمهوری اسلامی ایران چنین تحقیق جامعی که همه ابعاد نظام را تحلیل کند سفارش داده نشده است، اما حجم داده‌های مربوط به جنبه‌های مدیریتی، ساختاری و برنامه‌های حوزه سلامت به حدی است که به راحتی می‌توان از آن برای تشخیص راه و تعیین ابعاد اصلاحات کمک گرفت.

۲. نظام ارزشی حاکم بر اصلاحات تعیین و اعلام شود. سه نظام ارزشی عمده برای معرفی چشم‌اندازهای «جامعه خوب» مطرح است که بنیان فلسفی و اخلاقی حاکمان در دست زدن به مداخله‌های اصلاحی در آنها تجلی می‌یابد. اگرچه نظرگاه‌های دیگری نیز وجود دارد، این سه را می‌توان دربرگیرنده بخش عمده نگاه فلسفی و اخلاقی در پرداختن به سلامت مردم و جامعه تلقی کرد.

شاید متداول‌ترین این دیدگاه‌ها سودگرایی (Utilitarianism) باشد. در این نظریه آنچه از هر مداخله حاصل می‌شود (Consequence) اهمیت دارد. بنابراین مداخله‌ای را باید به عنوان تغییر اصلاحی برگزید که بیش‌ترین منفعت را برای وسیع‌ترین قشرها و با حداکثر دامنه اثر در برگیرد. به همین سبب محاسبه‌هایی چون هزینه اثربخشی (Cost-effectiveness)، DALY (Disability Adjusted Life Year) و QALY (Quality Adjusted Life Year) ضرورت می‌یابد.

دیدگاه دوم، نظام جامعه‌گرایی (Communitarianism) است که بر قراردادهای اجتماعی آشکار یا ضمنی در میان مردم تأکید می‌ورزد. پیروان این نحله فکری معتقدند اصلاح نظام سلامت می‌بایست از راه باز توزیع (Redistribution) منابع یا به عبارتی دیگر گرفتن از توان‌گران و دادن آنها به محرومان در راه بسط عدالت اجتماعی گام بردارد.

* منابع مالی :

الف) نخستین منبع مالی که برداشتن گام‌های اولیه در اصلاح نظام سلامت را میسر ساخت کمک دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت برای کشورهای شرق مدیترانه (WHO / EMRO) در برنامه دو سالانه با وزارت بهداشت ایران در سال‌های ۳-۲۰۰۲ بود. این اعتبار در دو سالانه‌های ۵-۲۰۰۴ و ۷-۲۰۰۶ نیز تکرار شد و بر این اساس تا پایان دسامبر ۲۰۰۷ ادامه خواهد داشت. بخش عمده کمک‌های مالی و فنی سازمان جهانی بهداشت صرف پژوهش در نظام سلامت و یافتن پاسخ پرسش‌های خاص شده است. (۲۶ و ۲۷ و ۲۸)

ب) پس از پایان گرفتن نخستین وام بانک جهانی که مضمون آن «بهداشت و جمعیت» بود، دومین وام به موضوع‌های گوناگون تعلق گرفت که بخش کوچکی از آن، اصلاح نظام سلامت بود. به سبب ضعف آشکار مذاکره با کارشناسان بانک و رفت و آمدهای کم حاصل، وام دوم بانک جهانی زمانی به تصویب رسید که بیش از ۴۲ ماه از فرصت ۶۰ ماهه وام سپری شده بود و منابعی که به مداخله‌های مختلف، از جمله اصلاح نظام سلامت، اختصاص یافته بود می‌بایست ظرف زمانی کم‌تر از ۱۸ ماه هزینه شود.

پروژه‌ای که به عنوان اصلاح نظام سلامت به تصویب بانک رسید دربرگیرنده فعالیت‌های بسیار بود که می‌بایست توسط واحد کشوری اصلاح نظام سلامت در سطح ملی و چهار دانشگاه پایلوت (بوشهر، تبریز، شهرکرد و مشهد) به اجرا درآید. بخش در خور توجهی از این پروژه به انتخاب و دعوت از مشاوران و مدرسان خارجی یا برگزاری دوره‌ها در خارج از کشور اختصاص داشت. از این رو از دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت برای کشورهای شرق مدیترانه (EMRO) و نمایندگی مقیم آن در تهران خواسته شد که به عنوان کارگزار عملیات مربوط به اصلاح نظام سلامت را برعهده گیرد. به سبب توان شناخته شده این سازمان

۳. پیش‌نیاز دیگر تعیین رویکرد سازمانی در اصلاح نظام سلامت است. مقصود آن است که معلوم باشد کدام یک از موارد زیر شکل غالب سازمانی و شیوه اداره سازمان در آینده پس از اصلاح خواهد بود :

اصلاحات از میان بوروکراسی‌های سنتی که در آن بر شرح مشاغل، سلسله مراتب و مسؤولیت‌پذیری تأکید می‌شود؛ الگوی سازمان ژاپنی که در آن احساس تعلق به سازمان سبب کسب هویت می‌شود؛ مدیریت نوین دولتی که بازار برنامه‌ریزی شده نیز نام دارد و در آن بر عملکرد تک‌تک کارکنان تأکید می‌شود یا سازمان‌های مبتنی بر تخصص و ارزش‌های حرفه‌ای. (۲۴)

در جمهوری اسلامی ایران شکل‌گیری اصلاح نظام سلامت به نوعی نبود که چنین نظریه‌پردازی‌ها از پیش میسر باشد. مدارک موجود نیز بر تعیین شیوه غالب سازمانی در آینده دلالت ندارد.

۴. پیش‌نیاز مهم دیگر تأمین تعهد دولت است. اصلاحات را کاری دشوار، پیچیده و نیازمند زمان می‌دانند که در آن می‌بایست بر موانع و مقاومت‌های بسیار فائق آمد. لازمه توفیق در چنین فرایند دشوار آن است که کل مجموعه‌ای که به «دولت» تعبیر می‌شود مهیای اصلاحات باشد. (۲۴)

در جمهوری اسلامی ایران اصلاحات به کلی از این پیش‌نیاز مبرا بود. فکر اصلاح نظام سلامت دغدغه وزیر وقت، چند مسؤول و کارشناس بیش نبود و نه فقط به تعهد دولت، که حتی به احساس مسؤولیت مجموعه وزارت بهداشت در برابر آن تبدیل نشد. مسؤولان اصلاحات برای کسب حمایت دولت با تدوین آئین‌نامه‌ای درصدد تشکیل شورای عالی اصلاحات برآمدند. این شورا در میانه راه به «شورای عالی سلامت و برنامه اصلاحات در نظام سلامت» تغییر نام داد و گرچه در نخستین جلسه (که روز پنجم شهریور ماه ۱۳۸۲ به ریاست رئیس جمهور وقت تشکیل شد) برنامه اصلاحات را از تصویب گذراند، ولی هرگز گرهی از کار نگشود. (۲۵)

بین‌المللی، توافق یاد شده تصمیمی مفید بود و در عمل به سرعت گردش کارها کمک کرد.

پروژه تدوین شده برای اصلاح نظام سلامت (در چارچوب وام) درباره هر پنج اهرم کنترل بررسی‌های خاص منظور داشته بود. از این رو بر اساس نظر پیتیر برمن و تام باسرت^(۲۲) باید اصلاحات نظام سلامت ایران را big R در وسیع‌ترین حد آن به حساب آورد(جدول

شماره ۱).

ج) سهم اصلاح نظام سلامت از اعتبارات دولت، به پرداخت حقوق و مزایای محدود همکاران پاره‌وقت و تمام وقت که با این پروژه همکاری داشتند یا آنچه طبق مقاله نامه دولت می‌بایست به عنوان حق‌السهم خویش در وام از بانک جهانی بر عهده گیرد محدود می‌شد.

جدول ۱- بخشی از فعالیت‌های پروژه اصلاح نظام سلامت کشور که متناظر با «اهرم‌های کنترل» دسته‌بندی شده است.^(۲۹)

تأمین مالی	پرداخت‌های مالی	سازماندهی	مقررات	رفتار
- مطالعه هزینه واحد خدمات در مراکز بهداشت شهرستان و استان	- تدوین طرح جدید پرداخت‌های مالی	- راه‌اندازی مرکز اسناد و اطلاعات	- آموزش افراد مرجع درباره شیوه وضع قوانین و مقررات سلامت	- تهیه و به اجرا گذاردن راهنماهای طبابت بالینی
- تدوین راه کارهای استفاده از نتایج مطالعه هزینه واحد مطالعه حساب‌های ملی و استانی سلامت - محاسبه شاخص مشارکت عادلانه مردم در هزینه‌های خدمات - تدوین طرح تجمیع منابع مالی و اجرای آن	- اجرای طرح جدید پرداخت‌ها - برقراری فرایند DRG به عنوان ابزار پرداخت	- سطح‌بندی خدمات - برقراری نظام ارجاع - تطابق سازمانی با نیازهای برخاسته از نظام ارجاع - سنجش نیازهای آموزشی - تهیه متون آموزشی - تعیین نیازهای زیرساختاری برخاسته از نظام ارجاع	- مشخص کردن قوانین ناسازگار با اعمال حاکمیت - مطالعه تنظیم امور بالینی - طراحی نظام اعتبار بخشی و صدور مجوزها	- تهیه و اجرای راهنمای مهارت‌های غیر بالینی - آموزش پزشکان خانواده درباره راهنماهای طبابت بالینی - اعمال حاکمیت بالینی در چندبیمارستان منتخب
- تدوین طرح تجمیع منابع مالی و اجرای آن	- تدوین الگوی جدید برای تأمین مالی و اجرای آن	- تدوین بسته خدمات و اجرای آن - پیشنهاد فرمول توزیع عادلانه منابع - مطالعه وضعیت موجود اطلاعات سلامت و مدیریت - مطالعه بار بیماری‌ها - بررسی نحوه اثرگذاری مطالعه بار بیماری‌ها بر نظام سلامت - مطالعه سازمانی برای دادن اختیار خودگردانی به بعضی از بیمارستان‌ها - طراحی الگوی عقد قرارداد خودگردانی و خرید خدمات پشتیبانی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت - راه‌اندازی واحد کشوری اصلاح نظام سلامت و تجهیز آن به نیروی انسانی و وسایل و ابزارهای لازم	- فن‌آوری‌های سلامت - طراحی ساز و کار ممیزی عملکرد در نظام سلامت - طراحی الگوی مداخله دادن مردم در مدیریت خدمات سلامت - طراحی الگو برای هماهنگی بین بخشی	- آموزش افراد درباره نظام اطلاعات سلامت و مدیریت - آموزش مداوم کارکنان

* دستاوردهای آشکار اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران :

۱. پژوهش‌هایی که از سال ۱۳۸۰ تحت عنوان اصلاح نظام سلامت به اجرا گذارده شده به یافتن پاسخ‌هایی کمک کرده است که پیش از آن حتی نیاز به دانستن آنها کم‌تر احساس می‌شد. از آن جمله است :

- سهمی که مردم برای برخوردار شدن از خدمات سلامت به طور مستقیم و از جیب خود می‌پردازند (Out of Pocket Payment). مطالعه حساب‌های ملی سلامت این نسبت را بیش از ۵۶ درصد نشان می‌دهد.

- تعیین درصد پرداخت‌های مصیبت‌بار. در مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت که به سفارش اصلاح نظام سلامت صورت گرفت آمده است، ۲۱ درصد از بستری شدگان در بیمارستان‌ها (۳۵ درصد از بستری شدگان در بیمارستان‌های خصوصی) ناگزیرند همه پس‌انداز خود را به مصرف برسانند و قرض کنند. ۸ درصد از کل بستری شدگان (۱۲ درصد از بستری شدگان در بیمارستان‌های خصوصی) نه تنها قرض می‌گیرند بلکه چاره‌ای جز فروش دارایی‌های خود ندارند. به عبارت دیگر ۸ درصد از کل بستری شدگان به طور قطع به خاک سیاه می‌نشینند و ۲۱ درصد دیگر نیز پس از مرخص شدن از بیمارستان فرقی با این مصیبت دیدگان نخواهند داشت.^(۱۵)

- شاخص مشارکت مردم در تأمین مالی سلامت. این شاخص که میان صفر و یک حرکت می‌کند در ایران ۰/۸۳ برآورد شده است.^(۳۱)

- هزینه واحد (Unit cost). اطلاعاتی بسیار ضروری و کاربردی است که با حمایت اصلاح نظام سلامت محاسبه آن دست کم در محدوده خدماتی که در حوزه مسؤلیت مراکز بهداشت استان و شهرستان قرار دارد در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد نهایی شد و در چند دانشگاه دیگر نیز صورت گرفت.

- مطالعه بار بیماری‌ها در سطح ملی و در چند استان و محاسبه شاخص DALY.^(۳۲)

- مطالعه میزان بهره‌مندی مردم از خدمات^(۱۵)

۲. تدوین آیین‌نامه نظام ارجاع و پزشک خانواده^(۳۲)

۳. برگزاری دوره‌های اثرگذار مانند Senior و Flagship و Policy Seminar در تهران که بسیاری از سیاست‌گذاران، تأمین کنندگان مالی، مدیران و کارشناسان حوزه سلامت از مباحث آن که توسط استادان دانشگاه هاروارد اداره می‌شد بهره گرفتند.^(۳۴،۳۳)

۴. تصنیف کتابهایی که جای خالی آنها در نظام سلامت محسوس بود.^(۳۵،۳۴،۳۹)

۵. حمایت از ترجمه و انتشار متن‌هایی که از منابع با ارزش به حساب می‌آیند و ممکن است سال‌ها مورد بهره‌برداری برنامه‌ریزان و مدیران قرار گیرد.^(۳۷،۳۶،۳۰)

۶. اصلاح نظام سلامت در کشورمان، برقراری نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده را نقطه عزیمت اصلاحات می‌دانست و درصدد بود این انتظام طراحی شده را به اجرا گذارد.

زلزله بم و بروات در سحرگاه روز پنجم دی ماه ۱۳۸۲ این فرصت را فراهم ساخت. واحد کشوری اصلاح نظام سلامت از نیاز به بازسازی شبکه بهداشت و درمان شهرستان بم نه فقط به عنوان کاری انسانی و شریف، بلکه به عنوان فرصتی برای به اجرا گذاردن اصلاحات و برقراری نظام ارجاع و آزمودن اندیشه استفاده از پزشک عمومی به عنوان پزشک خانواده استفاده کرد و در شهریور ماه ۱۳۸۴ گزارش عملکرد خود را انتشار داد.^(۳۸)

* دستاوردهای پنهان اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران :

۱. اگر حمایت اصلاح نظام سلامت از مطالعه حساب‌های ملی و استانی سلامت و پژوهش درباره شاخص مشارکت عادلانه مردم برای برخوردار شدن از خدمات سلامت در کار نبود یا سهم مردم در پرداخت‌های مستقیم و پرداخت‌های مصیبت‌بار آنان از طریق همین پژوهش‌ها مشخص نمی‌شد و تأکید اصلاح نظام سلامت بر برقراری نظام ارجاع و استفاده از همکاری پزشک خانواده

دولت و برخوردار از منابع و حمایت‌های سیاسی معرفی نشد. اصلاحات با خواست و حمایت وزیر وقت و چند مسؤول و کارشناس علاقه‌مند پا گرفت و همچنان در همان دایره کوچک ماند. این واقعیت چالش‌های زیر را به بار آورد:

۱. محروم ماندن از حمایت مالی: از آغاز بنا بر این بود که با استفاده از منابع ارزی (کمک سازمان جهانی بهداشت یا وام بانک جهانی) پژوهش‌هایی در مقیاس کوچک صورت گیرد و پس از مشاوره‌های لازم در هر مورد الگوهایی متناسب با شرایط کشور طراحی و سپس در چهار دانشگاه پایلوت با استفاده از منابع ریالی به اجرا درآید. اگر این کار انجام می‌شد چه در صورت توفیق الگوها و چه ناکام ماندن آنها به صرفه بود. اما چنین نشد. دانشگاه‌ها در مواردی از جمله استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده نیازهای خود را محاسبه می‌کردند و جزئیات آن را در جلسه‌هایی که با حضور مسؤولان سازمان مدیریت و سازمان‌های بیمه‌گر در حضور وزیر و مسؤولان وقت وزارت بهداشت تشکیل می‌شد مطرح می‌ساختند، اما برخورد منفعل و عاری از مسؤولیت تأمین کنندگان مالی مانع از آن شد که کار، قدمی فراتر رود.

۲. محدودیت‌های خرید خدمت: واحد کشوری اصلاح نظام سلامت برای آن که بتواند همانند مغز متفکر جریان اصلاحات عمل کند می‌بایست از توان تفکر، تحلیل، مشاوره با صاحب نظران داخلی و به کارگیری کارشناسان با تجربه برخوردار می‌بود. اما چنین امکانی در اختیار نداشت. خبرگانی که از سازمان‌های بیمه‌گر یا سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور با واحد کشوری هماهنگی داشتند همواره ناگزیر بودند تاوان خواست یا توان شخصی خویش را با کار مضاعف پرداخت کنند. سازمان‌های مربوط، نمایندگی این خبرگان در واحد کشوری را «منتی» بر اصلاحات می‌پنداشتند و دست واحد کشوری نیز برای قردادانی از این همکاری‌ها به حد کافی بسته بود. نتیجه معلوم است.

نمی‌بود، آنچه امروزه به ماده‌های ۹۰ و ۹۱ قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی راه یافته است میسر نمی‌شد.

۲. شرکت کنندگان دوره‌های برگزار شده در چارچوب اصلاح نظام سلامت در تهران ابراز داشته‌اند برگزاری این دوره‌ها به پدید آمدن زبانی مشترک در میان سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان، تأمین کنندگان مالی، مدیران و کارشناسان حوزه سلامت کمک کرده است که باید آن را از دستاوردهای نهان اصلاح نظام سلامت دانست.

۳. اصلاح نظام سلامت به پژوهش‌هایی دست زده است که امکان پایان یافتن آنها در زمانی کوتاه نبود و ناگزیر باید در آینده پیگیری شوند. اگر این کار صورت گیرد آنگاه دستاوردهای زیر نیز میسر خواهد شد:

شکل گرفتن الگوهای بومی و ملی برای تجمیع مالی، نظام پرداخت‌ها و تأمین مالی نظام سلامت؛ گسترش محاسبه هزینه واحد به مخارج بیمارستانی و دیگر حوزه‌ها؛ طراحی الگوهای مناسب برای جلب مشارکت مردم و تکوین همکاری‌های بین‌بخشی؛ نتیجه‌گیری از آزمودن خودگردانی بیمارستانی در یک یا چند بیمارستان، الگوهایی برای بستن قراردادهای واگذاری خدمات پشتیبانی به بخش خصوصی؛ دست یافتن به چارچوبی مشخص برای ارزیابی و به کارگیری فن‌آوری‌ها و شکل‌گیری الگوهای ایرانی برای اعتباربخشی، صدور مجوزها و حاکمیت بالینی.

* چالش‌های اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران:

مهم‌ترین چالش اصلاح نظام سلامت در ایران که منشأ دیگر کمبودهای اساسی این پروژه به حساب می‌آید، برخوردار نبودن آن از حمایت سیاسی است. بر خلاف آنچه در نوشته‌ها و توصیه‌های جهانی به چشم می‌خورد اصلاح نظام سلامت در ایران هرگز به عنوان تصمیم حاکمیت و برنامه‌ای درازمدت، تعهد شده توسط

* پیشنهادهای :

۱. موضع رسمی دولت : پیش از هر چیز دولت و مجلس شورای اسلامی اعتقاد خود به ضرورت اصلاحات و ادامه یافتن آن را اعلام کنند تا اصلاحات به عنوان یکی از تصمیم‌های حاکمیت اعلام شود و چون گذشته موقوف به خواست و اراده معدودی از مقام‌ها و مسؤولان نباشد. در این حالت ناگزیر سهم و وظیفه سازمان‌های درگیر مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، سازمان‌های بیمه‌گر و دیگر نهادهای مربوط روشن خواهد بود و در صورت لزوم پشتوانه‌های قانونی آسان‌تر تأمین خواهد شد.

۲. جایگاه رسمی : ضعف سازمانی نهاد مسؤول اصلاحات یا جدا ماندن آن از کل نظام سلامت، هیچ یک به سود آینده نیست. برخوردار بودن از جایگاهی رسمی و قانونی هرچند کوچک با حقوق و تکالیف معین حل‌کننده برخی از دشواری‌ها خواهد بود.

۳. برنامه : در صورتی که بنا بر ادامه کار اصلاح نظام سلامت باشد باید برنامه‌ای مدون که گام به گام دست یافتن به هدف‌های اصلاح نظام سلامت را میسر سازد با حضور و کمک ذینفعان و با استفاده از دستاوردهای آشکار و نهان اصلاحات تا این زمان فراهم آید.

بانک جهانی ادامه فعالیت‌های اصلاحی در کشورها را به مطالعه و تحلیل وضعیت نظام سلامت (Health Sector Study) موقوف می‌داند. در جمهوری اسلامی ایران نیز این مطالعه، به طور عمده بر پایه استفاده از داده‌های موجود (Secondary data) جریان دارد و احتمال می‌رود تا پایان سال ۱۳۸۵ محصول آن به صورت مجموعه‌های کوچک ولی متعدد راهنمای سیاست‌گذاری (Policy Notes) آماده شود و انتشار یابد. این جزوه‌ها ممکن است به تدوین چنین برنامه‌ها و انتخاب سیاست‌های آتی کمک کند.

۴. طول دوره اصلاحات : در صورت ادامه کار و تبدیل شدن اصلاحات به تصمیم حاکمیتی، دور از هرگونه

۳. ثابت نبودن مکان جغرافیایی : واحد کشوری اصلاح نظام سلامت مکان جغرافیایی ثابت نداشت. در جریان این خانه به دوشی‌ها که هنوز هم خطر آن مرتفع نشده است، مسؤولان واحد کشوری ناگزیر از تعطیل کار، پیدا کردن جای نو، توسل به افراد یا سازمان‌ها و تحمل هزینه بودند. مهم‌ترین زیان این چالش، بازتابی بود که از پایگاه اصلاحات و جایگاه واحد کشوری در ذهن همکاری‌کنندگان با آن نقش می‌بست. به نسبتی که همکاری‌ها برخاسته از حساسگری‌های سیاسی و غیر آن بوده باشد پیش‌بینی تأثیر چنین پایگاهی در رفتار بعدی افراد دشوار نخواهد بود.

۴. رسمیت نداشتن واحد کشوری : واحد کشوری اصلاح نظام سلامت، به عنوان کانون تفکر، تحلیل، برنامه‌ریزی و پیگیری اصلاحات، نهادی رسمی و قانونی نبود. اگر بنا بر ادامه کار اصلاحات باشد باید به رفع این عیب اقدام شود. نمی‌توان همواره به حرمت شخصی افراد متکی بود.

۵. مشاوران خارجی : یکی از چالش‌های مهم اصلاحات، مشاوران خارجی آن بود. طبیعت بکر و نو بودن بعضی از موضوع‌هایی که در دستور کار اصلاحات قرار داشت برخوردار از مساعدت مشاوران آگاه و با تجربه را ایجاب می‌کرد. در بیش‌تر موارد این خواسته محقق نمی‌شد و مشاوران ارشد به بهانه‌های گوناگون از قبول سفر به ایران سرباز می‌زدند. ناگزیر به مشاوره با کسانی تن در داده می‌شد که بهترین‌های آن حوزه نبودند.

۶. تنگنای زمان : حجم عمده از فعالیت‌های اصلاح نظام در چارچوب استفاده از وام بانک جهانی انجام می‌شد. فرصت‌های از دست رفته حکم می‌کرد که برنامه ۶۰ ماهه در ۱۸ ماه اجرا شود. در بیش‌تر موارد تنگی فرصت شوق فکر کردن به برنامه‌های نیازمند زمان را از طراحان اصلاحات می‌گرفت و فعالیت‌ها به سوی کارهای زود بازده گرایش می‌یافت.

۳. رابرتز م، شیائو و، برمن پ و همکاران. اصلاحات نظام سلامت، راهنمای عدالت و کارایی. ترجمه گروه مترجمان، چاپ اول، تهران، مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، ۱۳۸۴، ۷۱

4. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms had failed in Latin America?. Health Policy 2005; 8(1/2): 13-20

5. Bodart C, Servais G, Mohamed YL et al. The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso. Health Policy and Planning 2001, 16(1): 74-86

۶. مورلی ج، فینی د، جیاکومتی م و همکاران. مقدمه‌ای بر مفاهیم و ابزارهای تحلیلی اصلاح بخش بهداشت و تأمین مالی پایدار. ترجمه الف معینی، چاپ اول، تهران، انتشارات ترمه، ۱۳۷۹، ۸-۷

7. Flood CM. International health care forums, a legal, economic and political analysis. 2003, Rootledge, 2

8. Shadpour K. Primary Health care Networks in the Islamic Republic of Iran. Eastern Mediterranean Health Journal 2000; 6(4): 822-5

۹. دفتر سلامت خانواده و جمعیت. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران. چاپ اول، تهران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۴۹

10. CDC/ MOH & ME. Non-Communicable Disease Program (IR Iran), brief report of 2003. Ministry of Health and Medical Education, 7-32

۱۱. مرنندی ع، لاریجانی ب، جمشیدی ح. سلامت در جمهوری اسلامی ایران. چاپ اول، دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت، دفتر نمایندگی یونیسیف در ایران، ۴۰۱

۱۲. سازمان مدیریت صنعتی. طرح بازنگری در ساختار سازمانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ساختار پیشنهادی. اسفند ۱۳۷۸، ۴۲

شتاب‌زدگی، برای آن عمری ۱۵ یا ۲۰ ساله (متناظر با سه یا چهار برنامه پنج ساله) در نظر گرفته شود.

۵. تلقی پژوهش کاربردی: طبیعت برخی از مطالعه‌ها و مداخله‌ها در چارچوب اصلاح نظام سلامت ممکن است با آیین‌های جاری سازگار نباشد. باید برای اصلاحات شأن تحقیق کاربردی قائل شد و دست نهاد مسؤول را باز گذارد تا در مقیاس کوچک این گونه مداخله‌ها را بیازماید و صواب یا ناصواب بودن راه یا الگوی مورد نظر را تشخیص دهد.

۶. ظرفیت‌سازی: فعالیت‌های گوناگون اصلاحات، بسته به توان و مهارت‌های موجود، در دانشگاه‌ها و استان‌های مختلف کشور آزموده (پایلوت) شود و در صورت مطلوب بودن نتیجه به دیگر دانشگاه‌ها و استان‌ها تعمیم یابد. در این شیوه از کار، همه استان‌ها و دانشگاه‌ها خود را درگیر و مسؤول اصلاحات خواهند دید و ظرفیت‌های مناسب در همه استان‌ها پدید خواهد آمد.

۷. اصلاح نظام سلامت نیازمند زمان و منابع مالی و انسانی است. گذشته از آن همانند هر پژوهش، اگر اجرای فعالیت‌های اصلاحی در تار و پود مناسبات بازدارنده اداری گرفتار آید هرگز راه به جایی نخواهد برد. از این رو با پشتوانه قانون، می‌بایست برای گروه طراح و مجری اصلاحات منابع مالی و انسانی و تسهیل در استفاده از این منابع فراهم باشد.

* مراجع:

۱. کسل ا. اصلاح بخش سلامت. موضوعات کلیدی در کشورهای کم‌تر توسعه یافته. ترجمه ک شادپور، چاپ اول، تهران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران، ۱۳۸۱، ۴

۲. پیله‌رودی س، شادپور ک، وکیل ح. نگرشی بر بهداشت درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی. چاپ اول، تهران، مجتمع آموزشی و پژوهشی وزارت بهداشت، ۱۳۶۰

- making project. DDM symposium, Washington DC, 2000 March 15
۲۳. برمن پ. تحول بخش بهداشت در کشورهای در حال توسعه، پایدار کردن فرایند توسعه بهداشتی. ترجمه ی شیرینی، م شاهوردی، ر قطبی. چاپ اول، تهران، انتشارات قاضی جهانی (به سفارش دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران)، ۱۳۷۸، ۸۲-۲۹
24. Moore M. Public sector reform: downsizing, restructuring, improving performance, Forum on health sector reform, Discussion Paper No 7. World Health Organization, 1996, 6
۲۵. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. گزارش معاون سلامت به اولین جلسه شورای عالی سلامت. تهران، شهریور ۱۳۸۲
26. WHO/ EMRO. Regional activity management system. IRA/ OSD/ OOO/ RB/ 02. 2002-2003
27. WHO/ EMRO. Regional activity management system. IRA/ OSD/ OOO/ RB/ 02. 2004-2005
28. WHO/ EMRO. Regional activity management system. IRA/ OSD/ OOO/ RB/ 02. 2006-2007
۲۹. واحد کشوری اصلاح نظام سلامت. اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، نشریه شماره ۱، چاپ دوم، تهران، انتشارات اندیشمند، ۱۳۸۴، ۴۲-۳۸
۳۰. رضوی م. عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت. نشریه واحد کشوری اصلاح نظام سلامت، چاپ اول، شهریور ۱۳۸۴، ۱۰
۳۱. نقوی م. مطالعه بار بیماری‌ها و آسیب‌ها، بار عوامل خطر و امید زندگی توأم با سلامت در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۲. (آماده انتشار)
۳۲. واحد کشوری اصلاح نظام سلامت. آئین‌نامه نظام ارجاع و پزشک خانواده. نشریه شماره ۲، چاپ اول، انتشارات اندیشمند، فروردین ۱۳۸۴
13. Vaez Mahdavi MR. Iran health financing, wisemen seminar on: health, politics, economics. Tehran, September 2004
14. Sabbagh kermani M. Health care financing in Iran. Final Report APW No 03/144, MOH & ME/ WHO, February 2004, 28
۱۵. نقوی م، جمشیدی ح. بهره‌مندی از خدمات سلامت، سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران. تهران، نشر تندیس، چاپ اول، تهران، اردیبهشت ۱۳۸۴، ۲۰۱-۱۸۸
۱۶. حسن‌زاده ع. ادغام یا استقلال، سازمان‌های بیمه‌گر درمانی بر سر دو راهی. هفته‌نامه سپید، مرداد ۱۳۸۵، ۱، ۱۴، ۵
۱۷. شادپور ک. شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران. ستاد گسترش شبکه‌های بهداشتی-درمانی کشور با همکاری دفتر یونیسف در تهران، چاپ اول، تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی، ۱۳۷۲، ۴۱-۲۹
18. Vaez Mahdavi MR. Provider payment mechanisms in Islamic Republic of Iran. wisemen seminar on: health, politics, economics, Tehran, September 2004
19. Hutton G. Decentralization and the sector-wide approach in the health sector. Swiss Tropical Institute. Switzerland, 2002, 10
۲۰. سازمان جهانی بهداشت، گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰، نظام‌های سلامت، ارتقای عملکرد مؤسسه ابن سینای بزرگ. تهران، چاپ اول، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تابستان ۱۳۸۲، ۵۷
21. Roberts M. Defining and Solving Problems Using the "Control knobs", Harvard school of public health, a presentation at wisemen seminar. Tehran, September 2004
22. Berman PA, Bossert TJ. A Decade of health sector reform in developing countries: what have we learned? data for decision

۳۶. سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱، سلامت روان، درکی نو، امیدی نو. چاپ اول، تهران، مؤسسه ابن سینای بزرگ، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تابستان ۱۳۸۲

۳۷. سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۳، ساختن آینده. چاپ اول، مؤسسه ابن سینای بزرگ، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تابستان ۱۳۸۳

۳۸. گزارش عملکرد واحد کشوری اصلاح نظام سلامت. ستاد سامان‌دهی نظام سلامت شهرستان بم، تهران، شهریور ۱۳۸۴، ۹

33. MoH & ME/ National health sector reform unit, wisemen seminar on economics, politics, health. Tehran, IRAN, 27-28 Sep 2004, 25-6

۳۴. فرزادفر ف، نائلی ج، حدادی م و همکاران. پایش عملکرد پزشک خانواده. نشریه واحد کشوری اصلاح نظام سلامت، انتشارات اندیشمند، مرداد ۱۳۸۴، ۳

۳۵. فرزادفر ف، حدادی م، نائلی ج و همکاران. پایش عملکرد مدیران نظام سلامت. نشریه واحد کشوری اصلاح نظام سلامت، چاپ اول، انتشارات اندیشمند، مهر ۱۳۸۴، ۵