



تحلیل وضعیت موجود پوشش همگانی سلامت در ایران  
یک مطالعه مروری با تأکید بر چالشها و راهکارهای نظام پایش و ارزشیابی

سفارش دهنده: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت  
مجریان طرح: محمدحسین مهرانحسینی، وحید یزدی فیض آبادی، مهلا ایرانمنش

### مشخصات کتاب

نام کتاب: تحلیل وضعیت موجود پوشش همگانی

سلامت در ایران

ناشر: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات

سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت،

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

صفحه آرای: رضا شیخزاده

نوبت چاپ: چاپ اول

سال چاپ: اسفندماه ۱۳۹۳

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

تعداد صفحات: ۱۲۵

## فهرست مطالب

۴	۱- پیام‌های کلیدی.....
۷	۲- خلاصه اجرایی.....
۷	۱-۲- مقدمه.....
۸	۲-۲- مراحل و روش اجرایی.....
۸	۲-۳-۱- اهمیت نتایج.....
۱۱	۲-۴- نتیجه‌گیری.....
۱۳	۳- گزارش تفصیلی.....
۱۳	۱-۳- مقدمه.....
۱۷	۲-۳- روش کار.....
۱۸	۳-۳- یافته‌ها.....
۳۴	۳-۴- نیازهای اطلاعاتی تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران در پروژه پوشش همگانی خدمات.....
۳۷	۴- نتیجه‌گیری.....
۴۰	رفرنس‌ها.....
۴۸	پیوست شماره ۱: چالش‌ها و راهکارها.....
۵۵	پیوست شماره ۲: شاخص‌های ارزیابی پوشش همگانی.....

## ۱ - پیام‌های کلیدی

پس از انقلاب اسلامی، دولت‌ها ارتقای سلامت و توسعه‌ی شبکه‌های بهداشت و درمان کشور را به‌عنوان یکی از اهداف و برنامه‌های توسعه‌ای خود مدنظر قرار داده‌اند اما صرف‌نظر از میزان موفقیت هر یک در رسیدن به این هدف، نظام سلامت کشور در زمان حاضر نیازمند رسیدگی و ساماندهی است.

پوشش همگانی خدمات سلامت تضمین‌کننده‌ی این است که طیف وسیعی از خدمات بهداشتی موردنیاز اعم از خدمات ترویج شیوه‌ی زندگی سالم، پیش‌گیری، درمانی و توان‌بخشی در دسترس تمام مردم قرار گرفته است؛ بدون اینکه خطر مشکلات مالی را به همراه داشته باشد. پوشش همگانی خدمات سلامت دارای سه بعد است: درصد جمعیت تحت پوشش همگانی خدمات، محدوده خدمات تحت پوشش و درصد پوشش هزینه. اهمیت ابعاد مختلف پوشش همگانی خدمات سلامت موجب شده است که در سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری توجه ویژه‌ای به این موضوع شده و صراحتاً به آن اشاره گردد. در کنار این سیاست‌ها، اسناد بالادستی مهم نظام سلامت از جمله نقشه تحول نظام سلامت و سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری نیز بر دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت به‌عنوان راهکاری جهت اطمینان از ایفای نقش مناسب در قبال سلامت جامعه تأکید ویژه‌ای نموده‌اند.

با توجه به ابعاد گسترده و عوامل کلیدی مختلف دخیل در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت، مروری جامع و کلی بر الزامات و عوامل مؤثر بر دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت و وضعیت فعلی شاخص‌های پوشش جمعیت، پوشش خدمات و تأمین مالی عادلانه و حفاظت مالی در ایران، چالش‌ها و راهکارها انجام شد. به این منظور، مقالات معتبر علمی پژوهشی و گزارش‌های رسمی، اسناد قانونی، پایان‌نامه‌ها و کتاب‌های مرتبط با موضوع پوشش همگانی سلامت با تأکید بر مطالعات انجام‌شده در داخل بررسی گردید.

وضعیت شاخص‌های پوشش همگانی در سه بخش پوشش جمعیت، پوشش خدمات و پوشش محافظت مالی بر اساس مطالعات انجام‌شده نشان داد که: در بعد پوشش جمعیت: ۱۰ درصد جمعیت کشور تا قبل از اجرای برنامه تحول نظام سلامت تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نبوده‌اند، بیمه‌های اجتماعی سلامت حدود ۹۰٪ جمعیت را برای خدمات درمانی نظیر خدمات سرپایی، تشخیصی و بستری پوشش می‌دهند. در بعد پوشش خدمات: ۹۵٪ روستائیان کشور و نزدیک به ۱۰۰ درصد جمعیت شهری به خدمات اولیه بهداشتی و درمانی دسترسی دارند و میزان پوشش واکسیناسیون از ۶۰٪ به ۹۵ درصد رسیده است، اما عدم پوشش یا پوشش ناکافی خدمات در بسته بیمه پایه، عدم وجود دیدگاه سلامت‌نگر در ارائه خدمات بیمه سلامت، دشواری گسترش چتر حمایتی خدمات سلامت اجتماعی به بخش اقتصاد غیررسمی، که سهم بزرگی از جمعیت را تشکیل می‌دهند و رشد بی‌رویه‌ی بخش خصوصی که منجر به تقاضاهای القاء شده توسط ارائه‌کنندگان خدمات می‌شود از جمله مسائل مطرح در بعد پوشش خدمات است. در بعد محافظت مالی: حدود ۵ درصد از خانوارهای کشور متحمل هزینه‌های کمرشکن می‌شوند و تقریباً ۵۳ درصد از هزینه‌های بهداشتی و درمانی را از جیب به صورت مستقیم در زمان دریافت خدمت پرداخت می‌نمایند.

نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران موفقیت‌های مثال‌زدنی در ارائه گسترده خدمات در تمامی سطوح داشته است، اما نظام بیمه خدمات درمانی از شرایط مطلوب فاصله زیادی دارد. سهم بالای پرداخت از جیب خانوار چالش جدی کشور خواهد ماند مگر آنکه سیاست‌های منسجمی به صورت پیگیر دنبال شوند یکی از مهم‌ترین مشکلات ریشه‌ای سیستم سلامت ایران، بهره‌مندی کم از نظام یکپارچه اطلاعات مدیریت خدمات سلامت در سطوح سیاست‌گذاری و عملیاتی، عدم دسترسی به اطلاعات اقشار مختلف می‌باشد.

چالش‌های عمده در ایران عبارتند از: نبود دیدگاه راهبردی مؤثر برای تأمین مالی مراقبت‌های سلامت، ضعف در نظام اطلاعات یکپارچه برای پایش و ارزشیابی پوشش همگانی

سلامت در ابعاد سه گانه، ظرفیت محدود دولت‌ها در صادرات غیرنفتی به منظور جمع آوری مالیات‌ها برای ایجاد فضای مالی لازم جهت ارائه خدمات بهداشتی اجتماعی مناسب به مردم، پراکندگی در تأمین مالی سلامت و نظام‌های خدمات رسان همراه با ناهماهنگی میان شرکای مختلف ملی و بین‌المللی، دشواری گسترش چتر حمایتی خدمات سلامت اجتماعی به بخش غیررسمی در اقتصاد که سهم بزرگی از جمعیت را تشکیل می‌دهند و رشد بی‌رویه‌ی بخش خصوصی که منجر به تقاضاهای القاء شده توسط ارائه‌کنندگان خدمات می‌شود.

بنابراین در شرایط کنونی فراهم آوردن شرایط استقرار پوشش همگانی خدمات سلامت جزء دغدغه‌های اصلی سطوح مختلف نظام سلامت کشور قرار گرفته است. دستیابی به پوشش فراگیر خدمات به نوبه خود، نیاز به سازمان‌دهی مجدد نظام مراقبت سلامت دارد تا بر روی منابع مالی و چگونگی مدیریت نظام و ارائه خدمات سلامتی تمرکز یابد. در نظر گرفتن اهداف مشخص، اولویت‌بندی از نظر منابع محدود و نیز برقراری راهکارهایی برای سامان‌دهی مجدد نظام مراقبت سلامت، حرکت به سوی پوشش همگانی خدمات را سرعت می‌بخشد. ایجاد یک سامانه یکپارچه جهت پایش و ارزیابی پوشش همگانی خدمات بسیار ضروری است و طراحی و تدوین یک پرتال جامع اطلاعات بر اساس معیارها و شاخص‌های پوشش همگانی خدمات در سه بعد پوشش جمعیت، پوشش خدمات و پوشش محافظت مالی لازم است.

## ۲- خلاصه اجرایی

### ۲-۱- مقدمه

آرمان‌ها و اهدافی که بر اساس بیانیه هزاره سازمان ملل متحد تدوین شده و مجمع عمومی سازمان ملل آن را به‌عنوان دستورالعمل توسعه قرار داده است، شامل اهداف همه‌جانبه‌ای در جهت کاهش فقر و گرسنگی و بهبود اوضاع رفاه اجتماعی- اقتصادی مردم است. در این میان، برخی موارد کلیدی مربوط به بخش سلامت به چشم می‌خورد که نشان از اهمیت این بخش در توسعه کشور دارد. از سوی دیگر، در برنامه توسعه سازمان ملل، شاخص سلامت به‌عنوان یکی از سه شاخص کلیدی در توسعه انسانی است که به نقش زیربنایی سلامت در توسعه کشور اشاره دارد. این پدیده و ابعاد مختلف آن از مقوله‌های مهمی است که از دیرباز مورد توجه بشر بوده است.

وضعیت شاخص‌های بهداشتی و درمانی در هر جامعه حاکی از توجه دولت‌ها به سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت است، از همین رو، بررسی‌ها نشان می‌دهد این شاخص‌ها در ایران در مقایسه با کشورهای منطقه و دنیا علیرغم موفقیت‌های گسترده در برخی پیامدهای سلامت از جمله مرگ‌ومیر مادران، نوزادان و کودکان، چندان رضایت‌بخش نیست و ایران پائین‌تر از ۹۸ کشور دنیا قرار دارد. طبق گزارش‌ها، اهمیت حوزه سلامت در کشورهای پیشرفته دنیا در رتبه اول تا سوم است و اولویت سلامت در کشورهای همسایه ایران و خاورمیانه در رتبه‌های چهارم تا پنجم قرار دارد. این امر موجب گردیده است که در سالهای اخیر مقوله سلامت در دستور کار دولت ایران قرار گیرد، به همین لحاظ داشتن اطلاعات معتبر در حوزه سلامت و ابعاد پوشش همگانی خدمات، برای تعیین عملکرد نظام سلامت بسیار حیاتی است تا با فراهم نمودن بستر لازم برای سیاست‌گذاری آگاهانه و مبتنی بر شواهد، گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم را شناسایی نموده و منابع موردنیاز برای حل مشکلات سلامت مردم را برآورد نماید. پوشش همگانی خدمات سلامت راهکاری برای اطمینان از تحقق چنین وضعیتی در بخش سلامت کشور است.

ملزومات مختلف ذکر شده در بالا ایجاب می‌کند که نظام مشخصی جهت تعریف، گردآوری، ثبت، تحلیل و استفاده از داده‌های مرتبط با ابعاد مختلف پوشش همگانی خدمات در بخش سلامت کشور وجود داشته باشد. در جهت پاسخگویی به چنین نیازی در این مطالعه سعی شده است، وضعیت ابعاد پوشش همگانی سلامت بر اساس شاخص‌های موجود در هر بخش و ارزیابی نظام اطلاعاتی موجود برای پایش و ارزشیابی فرآیند سیاست‌گذاری برای دستیابی به پوشش همگانی مورد بررسی قرار گیرد.

## ۲-۲- مراحل و روش اجرایی

این گزارش یک مطالعه مروری است که در آن مستندات علمی منتشر شده بین سالهای ۱۳۸۰-۱۳۹۳ مورد جستجو و بررسی قرار گرفت. بدین منظور، مقالات معتبر علمی-پژوهشی، گزارش‌های رسمی، اسناد قانونی، پایان‌نامه‌ها و کتاب‌ها به دو زبان فارسی و انگلیسی با موضوع پوشش همگانی خدمات بررسی گردید. سپس بر اساس نتایج به دست آمده، شاخص‌های مرتبط با پوشش همگانی سلامت تعیین و با مروری بر مطالعات مختلف در این دوره زمانی، وضعیت شاخص‌های نهایی شده مرتبط با پوشش همگانی خدمات سلامت در پایگاه‌های اطلاعاتی تعیین و گزارش گردید.

## ۲-۳- اهم نتایج

در سه بخش پوشش جمعیت، پوشش خدمات و پوشش محافظت مالی شاخص‌های مرتبط، شناسایی گردید. بررسی وضعیت این شاخص‌ها بر اساس مطالعات انجام شده نشان داد که:



۱. **در بعد پوشش جمعیت:** ۱۰ درصد جمعیت کشور تا قبل از اجرای برنامه تحول نظام سلامت تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نبوده‌اند، بیمه‌های اجتماعی درمان حدود ۹۰٪ جمعیت را برای خدمات درمانی نظیر خدمات سرپایی، تشخیصی و بستری پوشش می‌دهند. از مهم‌ترین عواملی که باعث ضعف در پوشش جمعیت شده است مشخص نبودن تعداد دقیق بیمه‌شده‌ها و همپوشانی آمار سازمان‌های بیمه و اجباری نبودن عضویت در صندوق‌های بیمه‌ای است.

۲. **در بعد پوشش خدمات:** نقص سیستم ارجاع در مناطق شهری، عدم دسترسی به پزشک خانواده و عدم سطح‌بندی ارائه خدمات متناسب با نیاز باعث عدم دسترسی به خدمات پایه و در نتیجه محافظت مالی نامناسب شده است. به طوری که در حال حاضر ۹۵٪ روستائیان کشور و نزدیک به ۱۰۰ درصد جمعیت شهری به خدمات اولیه بهداشتی و درمانی دسترسی دارند و میزان پوشش واکسیناسیون از ۶۰٪ به ۹۵ درصد رسیده است، اما عدم پوشش یا پوشش ناکافی خدمات در بسته بیمه پایه، عدم وجود دیدگاه سلامت‌نگر در ارائه خدمات بیمه سلامت، دشواری گسترش چتر حمایتی خدمات سلامت اجتماعی به بخش اقتصاد غیررسمی، که سهم بزرگی از جمعیت را تشکیل می‌دهند و رشد بی‌رویه‌ی بخش خصوصی که منجر به تقاضاهای القاء شده توسط ارائه‌کنندگان خدمات می‌شود از جمله مسائل مطرح در بعد پوشش خدمات است.

۳. **در بعد محافظت مالی:** حدود ۵ درصد از خانوارهای کشور متحمل هزینه‌های کمرشکن می‌شوند و تقریباً ۵۳ درصد از هزینه‌های بهداشتی و درمانی را از جیب به صورت مستقیم در زمان دریافت خدمت پرداخت می‌نمایند. البته توزیع این شاخص در استان‌های مختلف دارای پراکندگی زیادی است که نشان‌دهنده نابرابری در مناطق مختلف کشور به ویژه شهری و روستایی است. برخی تخمین‌ها مبنی بر آن است که سهم هزینه خانوار از کل تولید ناخالص داخلی در مدت حدود دو سال تقریباً ۱ درصد افزایش یافت. چنین افزایشی در هزینه، موجب نگرانی از توان درازمدت جامعه در پرداخت هزینه‌های سلامت است. دوم اینکه سهم بزرگ پرداخت از جیب موجب ایجاد نگرانی‌هایی از دیدگاه عدالت در تأمین منابع است. باید دقت شود که به‌رغم اهداف واضح سیاست‌گذار برای کاهش پرداخت از جیب، رشد این گونه پرداخت در

سالهای اخیر ادامه یافته است. دو علت در ایجاد این چالش‌ها در کشور تأثیر داشته‌اند: یکم رواج پرداخت به ازای خدمت، اصطلاحاً کارانه که به پزشکان انگیزه در ارائه خدمات اضافی می‌دهد و دوم گسستگی در صندوق‌های بیمه اجتماعی درمان که با سیاست‌های ناهمگون در پوشش، ارائه و تأمین مالی خدمات موجب ناکارایی، هدر رفت منابع و دشواری در تداوم تأمین مالی شده است.

هم‌چنین وضعیت شاخص‌های نظام سلامت کشور بر مبنای رتبه‌های ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که برای دستیابی به سلامت، مبنای امید زندگی تعدیل شده برحسب ناتوانی است که رتبه ایران ۹۳ بوده است. مبنای مقایسه عدالت، برابری شاخص میزان بقای کودکان است که ایران در رتبه ۱۱۳ قرار داشته است. رتبه پاسخگویی نظام سلامت ایران ۱۰۰ بوده و رتبه عدالت در پاسخگویی نظام سلامت ۹۳ و رتبه عادلانه بودن مشارکت مالی ۱۱۲ است این در حالی است که کشور ایران در بین کشورهای گروه اول و دوم منطقه مدیترانه شرقی از نظر پوشش سلامت در رتبه پایین تری قرار دارد.

یکی از مهم‌ترین مشکلات ریشه‌ای سیستم سلامت ایران، بهره‌مندی کم از نظام یکپارچه اطلاعات مدیریت خدمات سلامت در سطوح سیاست‌گذاری و عملیاتی است. سیستم‌های یکپارچه اطلاعات مدیریت همه جزایر اطلاعاتی مربوط به حوزه‌های عملکرد یک سازمان را به‌طور منسجم و یکپارچه می‌بینند و امکان برنامه‌ریزی و پیش‌بینی آینده را برای یک سازمان میسر می‌سازند. تلاش‌های اخیر سازمان‌های ستادی توانسته اطلاعات هر بخش را به‌طور مجزا سامان دهد ولی مانع ارتباط ارگانیک سامانه‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی است.

## ۲-۴- نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه، نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران موفقیت‌های مثال‌زدنی در ارائه گسترده خدمات در تمامی سطوح داشته است. درحالی‌که موانع متعدد مالی در مقابل اصلاح بیشتر نظام سلامت وجود دارد، تجربه تأمین مالی شبکه بهداشت و درمان کشور از بودجه عمومی مایه افتخار و مباهات کشور است؛ اما نظام بیمه خدمات درمانی از شرایط مطلوب فاصله زیادی دارد. سهم بالای پرداخت از جیب خانوار چالش جدی کشور خواهد ماند مگر آنکه سیاست‌های منسجمی به‌صورت پیگیر دنبال شوند. این سیاست‌ها باید تجربه گذشته کشور و اقدامات موفق کشورهای دیگر در ایجاد نظام مؤثر پوشش همگانی را در نظر داشته باشند. ناگفته نماند که برنامه تحول نظام سلامت اقدام مؤثری است که دولت در بیش از یک سال اخیر با جدیت پیگیری کرده است ولی مهم‌ترین چالش آن بحث تداوم‌پذیری و پایداری آن در سالهای آتی است.

اگرچه وزارت بهداشت به‌عنوان متولی سلامت مردم در پیشبرد برنامه‌هایش به وظیفه خود عمل می‌کند، اما ارتقای سطح سلامت مردم بدون همکاری همه دستگاه‌های اجرایی کشور و توسعه همه‌جانبه اقتصادی و اجتماعی میسر نخواهد بود. تمرکز وزارت بهداشت بر مأموریت بهداشت و درمان، کوچک‌سازی وزارت به ساختاری متشکل از خبرگان اعم از افراد متبحر در زمینه بالینی، اپیدمیولوژی، مدیریت خدمات بهداشتی، اقتصاد سلامت و مدیریت مالی، پزشکی اجتماعی، ارزیابی و مدیریت فناوری دارای اهمیت است.

اجباری کردن بیمه پایه در کشور، اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، ایجاد حس امنیت و رضایت خاطر در جامعه -به‌خصوص اقشار آسیب‌پذیر- پوشش کامل نیازهای پایه‌ی درمان برای افراد جامعه، تعیین بسته خدمتی پایه با روش علمی با هدف: الف) کاهش میزان پرداخت از جیب مردم و ب) اجازه دادن به سایر سازمان‌ها برای رقابت در مورد خدمات مکمل از جمله عوامل مؤثر در بهبود پوشش همگانی خدمات سلامت است.

ایجاد یک سامانه یکپارچه جهت پایش و ارزیابی پوشش همگانی خدمات بسیار ضروری است و طراحی و تدوین یک پرتال جامع اطلاعات بر اساس معیارها و شاخص‌های پوشش همگانی خدمات در سه بعد پوشش جمعیت، پوشش خدمات و پوشش محافظت مالی لازم است. در مراحل اول طراحی چنین پرتالی از طریق ایجاد فضای تبادل اطلاعات بین نرم‌افزارهای موجود بین دستگاه‌های ذی‌نفع امکان‌پذیر نیست و باید به صورت مستقل راه‌اندازی شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد بر اساس یافته‌های گزارش‌های انجام‌شده پرتال اولیه مبتنی سه سناریوی با فرض، کفایت اطلاعات و عدم کفایت حجم اطلاعات بر اساس بعد زمان به ترتیب در مقیاس استان و کشور انجام پذیرد.

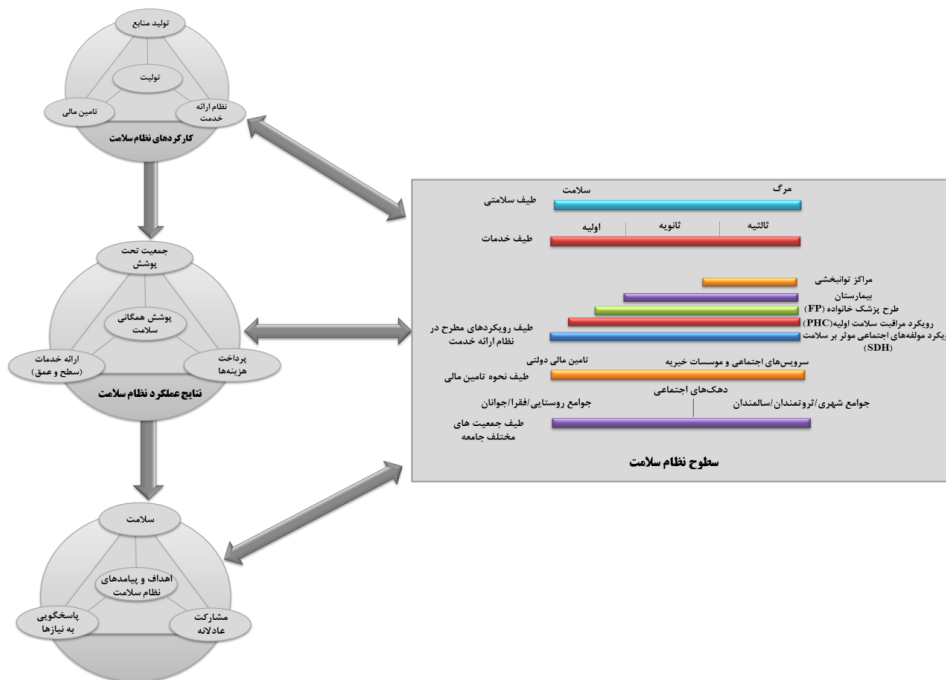
### ۳- گزارش تفصیلی

#### ۳-۱- مقدمه

عوامل مخاطره‌آمیز جدیدی رخ می‌نماید که دسترسی به سلامت که همان رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است را بسیار مشکل می‌کند. زیرا تغییرات جدید، نیازهای تازه‌ای خلق کرده است (۱). دسترسی به خدمات ضروری سلامت، یکی از حقوق اساسی همه افراد کشورمان است. دسترسی به این خدمات می‌بایست برای همه آحاد جامعه و بدون در نظر گرفتن وضعیت مالی افراد و با کمترین بار مالی تحمیل شده بر خانوارها مهیا گردد. در دو دهه اخیر، نظام‌های سلامت در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه به سبب برآورده نساختن نیازها و انتظارات سلامتی و برای اجرای برنامه‌های اصلاحی، تحت فشار قرار گرفته‌اند. در کشور ما نیز جریان اصلاح نظام سلامت از حدود سال ۱۳۸۱ شروع شده است. هدف اصلاح نظام سلامت در ایران، دست زدن به سلسله‌ای از تغییرات هدفمند و مستمر برای بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت‌هاست (۲). (۳)

پوشش همگانی خدمات سلامت راهکاری برای اطمینان از تحقق چنین وضعیتی در بخش سلامت کشور و تضمین‌کننده‌ی در دسترس قرار گرفتن طیف وسیعی از خدمات بهداشتی موردنیاز اعم از خدمات ترویج شیوه زندگی سالم، پیش‌گیری، درمانی و توان‌بخشی برای تمام مردم است بدون اینکه خطر مشکلات مالی را به همراه داشته باشد. پوشش همگانی خدمات به‌عنوان یک خروجی نظام سلامت و حدفاصل بین کارکرد نظام سلامت «تولیت (مهم‌ترین کارکرد نظام سلامت است که وزارت بهداشت به‌منظور تقویت قواعد اجرایی و ارائه جهت‌گیری‌ها و راهبردها برای تمامی نقش‌آفرینان این بخش و پذیرش مسئولیت کلان و پاسخگویی، بر عهده داشته است)»، تأمین مالی، تولید منابع (انسانی، فیزیکی، تجهیزات، دارو و اطلاعات) و ارائه خدمات (کارکرد اصلی نظام سلامت) و تحقق اهداف است که مؤلفه‌هایی

چون پوشش جمعیت، پوشش خدمات و پرداخت هزینه‌ها را پوشش می‌دهد. بر اساس تعریف WHO، پوشش همگانی خدمات، یعنی اینکه خدمات مورد نیاز بدون تحمیل هیچ گونه بار مالی در دسترس کل جمعیت قرار گیرند. (۴، ۵)



شکل ۱- سیستم پایش عملکرد نظام سلامت

اهمیت ابعاد مختلف پوشش همگانی خدمات سلامت موجب شده است که در سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری توجه ویژه‌ای به این موضوع شده و صراحتاً به آن اشاره گردد. در کنار این سیاست‌ها، اسناد بالادستی مهم نظام سلامت از جمله نقشه تحول نظام سلامت نیز تأکید ویژه‌ای بر دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت به عنوان راهکاری جهت اطمینان از ایفای نقش مناسب در قبال سلامت جامعه نموده‌اند (۲).

پوشش همگانی خدمات از استراتژی‌هایی چون پوشش همگانی بیمه، وجود بسته‌های تعریف شده خدمات بهداشتی-درمانی، تعداد مناسب کارکنان پزشکی و پیراپزشکی (۶)، وجود پزشک خانواده و سیستم ارجاع، سهم بالای بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی و سرانه بالا برای بهداشت و درمان، پایین بودن سهم پرداخت‌های مستقیم توسط بیماران، گسترش تعهدات بیمه‌ای و وجود سقف پرداخت در خدمات دارویی و درمانی، تدوین استانداردها، پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی و چگونگی اجرای آن‌ها، طراحی و اجرای برنامه‌ی خدمات بیمه‌ی سلامت به صورت یکپارچه مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با پرونده‌ی الکترونیکی سلامت بهره برده است؛ و این سیاست‌ها به شکلی تدوین شده‌اند که وضعیت درآمد افراد، در برخورداری از این خدمات تأثیرگذار نیست (۵). بنابراین در شرایط کنونی فراهم آوردن شرایط استقرار استراتژی‌های پوشش همگانی خدمات سلامت جز دغدغه‌های اصلی سطوح مختلف نظام سلامت کشور قرار گرفته است و وزارت بهداشت قصد دارد تا با اتخاذ این سیاست‌ها و برنامه‌ها، دسترسی به مراقبت را توسعه داده، عدالت را بهبود بخشیده است و خطرات مالی مراقبت را در بین مردم انباشت نمود (۷) (۶) (۸-۱۱). به گونه‌ای که مردم، خدمات سلامت را با کیفیت کافی و کارآمد و بدون تحمیل هیچ گونه مشکلات مالی شدید، دریافت کنند (۷). تکیه بیشتر بر پیش‌پرداخت‌ها و مکانیسم‌های تجمع خطر، ایجاد یک سامانه یکپارچه جهت پایش و ارزیابی پوشش همگانی خدمات به عنوان شاخص‌های کلیدی پیشرفت به سمت پوشش همگانی در نظر گرفته شده‌اند تا در سایه‌ی آن بتوان با کاهش موانع مالی، دسترسی مردم را به خدمات بهداشتی-درمانی افزایش داد (۸).

همان گونه که در بالا در خصوص اهداف و کارکردهای نظام سلامت و ابعاد پوشش همگانی توضیح داده شد به همین منظور، توجه به موارد زیر، اساسی به نظر می‌رسد:

۱. سلامت دارای یک طیف است که از سلامتی تا مرگ در نظر گرفته شده است و این تعریف، مبین آن است که سلامت یک فرد ایستا نیست بلکه پدیده‌ای پویا و فرآیندی دائماً در حال دگرگونی

است که تغییرات دائمی ظریف دارد؛ آنچه امروزه به عنوان پیشینه سلامتی در نظر گرفته می‌شود، ممکن است فردا کمترین حد سلامتی باشد (۵).

۲. متناسب با طیف سلامتی، سطوح خدمات تعریف شده است و سطوح پیشگیری مقدماتی، اولیه، ثانویه (بستری و سرپایی) و ثالثه را دربر می‌گیرد (۱۲).

۳. در ارتباط با سطوح ارائه خدمات، رویکردهای مختلف مداخله‌ای تعریف شده است که رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH)، کلیه سطوح را پوشش می‌دهد. البته در سطح پیشگیری مقدماتی و اولیه، نمود بسیار بیشتری داشته است. به همین ترتیب در سطح اولیه: رویکرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC)، در سطح ثانویه: طرح پزشک خانواده و در سطح ثالثه نیز بیمارستان‌ها و مراکز توان‌بخشی، نقش برجسته‌ای داشته‌اند (۱۳).

۴. تأمین مالی در هریک از سطوح مداخلات، بر اساس دیدگاه‌های مختلفی صورت می‌گیرد. از نظر فلسفی، عمدتاً توافق بر سر این موضوع است که منابع مالی مربوط به سطح پیشگیری اولیه که سلامت است و عموم مردم را دربرمی‌گیرد، از منابع عمومی، مالیات و بودجه دولتی باشد. در سطح ثانویه و ثالثه، بیشتر از بیمه‌ها و انباشت خطر استفاده شود تا حمایت مالی بیشتری از اقشار ضعیف جامعه که نیاز به کمک دارند، صورت گیرد و هم از تحمیل بار زیاد هزینه‌های سطوح مذکور بر دوش دولت کاسته شود و علاوه بر سیستم‌های حمایتی-اجتماعی، بایستی از سازمان‌های غیردولتی (NGO) و سیستم‌های خیرین نیز در این سطوح استفاده کرد (۱۴).

با توجه به ابعاد گسترده و عوامل کلیدی مختلف دخیل در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت، سیاست‌گذاران این بخش می‌بایست ضمن تعیین گلوگاه‌های اصلی و نقاط کلیدی مؤثر در دستیابی به آن؛ دائماً این گلوگاه‌ها را مورد توجه قرار دهند.

لازمه انجام چنین امری در گام اول تعیین شاخص‌های مهم و نشان‌دهنده وضعیت دستیابی به پوشش همگانی و همچنین منابع جمع‌آوری آن‌ها با توجه به شرایط ویژه نظام کشور است. در گام دوم می‌بایست با اندازه‌گیری منظم این شاخص‌ها و گزارش‌گیری مناسب، ضمن رصد و پایش



وضعیت دستیابی به پوشش همگانی خدمات، اقدامات لازم جهت ارتقای این شاخص‌ها و نهایتاً دستیابی به وضعیت بهتر پوشش همگانی خدمات سلامت در کشور را فراهم نمود (۱۵)

### ۳-۲- روش کار

این گزارش یک مطالعه مروری از نوع کاربردی است که از طریق مطالعه کتابخانه‌ای (چاپی و دیجیتال) به جمع‌آوری اطلاعات مربوط پرداخته است. در مرحله اول شاخص‌هایی برای پایش و ارزیابی پیامدهای نهایی پیاده‌سازی پوشش همگانی خدمات سلامت از بررسی متون شناسایی و پس از اخذ نظرات خبرگان نهایی گردید در گام بعدی به منظور دستیابی به مستندات علمی مرتبط مقالات معتبر علمی پژوهشی، گزارش‌های رسمی، اسناد قانونی، پایان‌نامه‌ها و کتب مورد بررسی قرار گرفت و جست‌وجوها در بازه زمانی ۱۳۸۰-۱۳۹۳ شمسی بر اساس شاخص‌های نهایی شده، پوشش همگانی خدمات در ایران در پایگاه‌های انگلیسی‌زبان , PUBMED, WHO, SID, MAGIRAN, و در پایگاه‌های فارسی‌زبان GOOGLE SCHOLAR انجام شد.

معیار ورود مطالعات به مرحله بررسی شامل (۱) انجام پژوهش در کشور ایران (۲) پژوهش‌های انجام شده بین سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳ (۳) انتشار مقاله به زبان فارسی یا انگلیسی (۴) تمام متن بودن مقاله (۵) برخورداری از ساختار مناسب، بوده است مقالاتی که فاقد چنین معیارهایی بودند مورد بررسی قرار نگرفتند.

## ۳-۳- یافته‌ها

در مجموع تعداد ۱۴۶ شاخص پس از اعمال نظر خبرگان شناسایی گردید بیشترین تعداد شاخص‌ها در بعد پوشش خدمات و پوشش جمعیت، کمترین تعداد شاخص‌ها در بعد محافظت مالی بود. نتایج بررسی‌ها و مطالعات نشان داد که در بعد پوشش خدمات و پوشش جمعیت بیشترین تعداد مطالعات وجود دارد اما این مطالعات به دلیل اینکه تأثیر پوشش همگانی را نشان نمی‌دادند و جزء شاخص‌های پیامد نظام سلامت بودند، از مطالعه خارج شدند. مطالعات مربوط به محافظت مالی اگرچه تعداد اقلیت را به خود اختصاص می‌دادند اما از نظر شرایط ورود به مطالعه دارای بالاترین رتبه و کیفیت بودند. در ادامه هر یک از این دسته شاخص‌ها و ظرافت‌ها و نکات حائز اهمیت در به کارگیری آن‌ها تشریح شده‌اند.

بر اساس معیارهای ورود مطالعه به مرحله بررسی در مجموع ۱۲۰ مقاله، ۵ کتاب، ۶ گزارش از اسناد بالادستی در مرحله نهایی به منظور ارایه گزارش، نهایی کردن شاخص‌ها و بررسی وضعیت هر شاخص در ایران مطالعه گردید.

به نظر می‌رسد که می‌توان با در نظر گرفتن شاخص‌های ذکر شده در این چارچوب که همپوشانی قابل توجهی نیز باهم دارند به ترکیبی از شاخص‌های مناسب جهت پایش دستیابی به پوشش همگانی خدمات رسید. همان‌طور که قبلاً نیز ذکر گردید این شاخص‌ها می‌بایست در کنار نیازهای اطلاعاتی ذکر شده برای حساب‌های ملی سلامت در سطح استان احصا و رصد گردد.

## ۳-۳-۱ نکات مؤثر بر طراحی نظام پایش و ارزیابی پیامدهای پوشش همگانی سلامت

برای طراحی نظام مناسب ارزیابی پیامدهای اجرای پوشش همگانی سلامت در جوامع مختلف، باید حداقل دو نکته اصلی مدنظر قرار گیرد:

الف- در ارزیابی‌ها باید همان شاخص‌هایی سنجیده شوند که اصلاحات باهدف ارتقای آن‌ها اجرا شده و برای آن‌ها برنامه خدمتی داشته است (۱۶). برای پایش و ارزشیابی پوشش همگانی سلامت نیز بایستی شاخص‌های مرتبط (relevance) برای هر اقدام اصلاحی، طراحی و استفاده گردد.

ب- در هنگام طراحی برنامه باید نتایج اصلی مورد انتظار و نظام‌های پایش مداوم و ارزیابی دوره‌ای برنامه، طراحی شود. کشورهایی که در ابتدای طراحی برنامه و قبل از اجرای آن، نظام پایش و ارزیابی نتایج را مدون ننموده‌اند، در میانه راه، برای ارزیابی این پیامدها با موانع جدی مواجه شده‌اند. انتخاب شاخص‌های نامناسب که یا به راحتی قابل اندازه‌گیری نیستند، یا ارتباطی به اهداف برنامه پوشش همگانی ندارند و یا به اهداف این برنامه ارتباط دارند ولی به راحتی و در کوتاه‌مدت تأثیر نمی‌پذیرند، کمبود اطلاعات در مورد وضعیت شاخص‌ها قبل از آغاز مداخلات برنامه، تأثیر متقابل شاخص‌ها و عوامل مخدوش‌کننده بر وضعیت سلامت، تأثیرات سایر عوامل اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر سلامت در طول اجرای برنامه و انجام ارزیابی بعد از گذشت مدت‌زمان کوتاه از اجرای برنامه، خلاصه‌ای از مشکلاتی است که به دلیل فقدان برنامه مدون ارزیابی پوشش همگانی سلامت، ایجاد می‌گردند (۱۷).

مرور مطالعات حاکی از آن است که در اغلب موارد برنامه‌های پوشش همگانی که در کشورها اجرا شده است، تنها به گسترش پوشش خدمات می‌پردازند، بدون اینکه اهداف اختصاصی مشخصی را دنبال کنند. با این حال کشورهایی که برنامه‌های پوشش همگانی با مکانیسم دقیقی برای اجرا و ارزیابی دستیابی به اهداف تعیین شده دارند، بهتر می‌توانند به ارتقای شاخص‌های تعیین شده دست یابند؛ از طرفی ارزیابی شاخص‌ها نیز منظم‌تر و دقیق‌تر صورت می‌گیرد.

### ۳-۳-۲- شاخص‌های اصلی ارزیابی پیامد پوشش همگانی سلامت

قطعاً پایش میزان پیشرفت به سمت پوشش همگانی خدمات باید مبتنی بر تعدادی شاخص مناسب و منتخب باشد و هر شاخصی نمی‌تواند در لیست شاخص‌های پایش قرار گیرد. مرور شواهد و مطالعات حاکی از آن است که ۳ دسته شاخص کلی برای پایش و ارزیابی پیامد نهایی پیاده‌سازی پوشش همگانی خدمات سلامت، وجود دارد که عبارت‌اند از ارتقای دسترسی به خدمات، حفاظت مالی در برابر هزینه‌ها و ارتقای وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش (۱۸، ۱۹). این چارچوب توسط سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی توصیه شده است و می‌تواند برای همه کشورها صرف نظر از میزان درآمد آن‌ها مورداستفاده قرار گیرد.

جهت انتخاب مناسب‌تر این شاخص‌ها می‌بایست با در نظر گرفتن برخی معیارها آن‌ها را انتخاب نمود. معیارهای پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی برای انتخاب این شاخص‌ها به‌قرار زیر است:

### ۳-۳-۲-۱- پوشش خدمات ضروری

- ارتباط (Relevance): به چه میزان شاخص ویژگی‌های مهم و اولویت‌دار نظام سلامت را اندازه‌گیری می‌کند؟
- کیفیت (Quality): آیا شاخص نشان‌دهنده پوشش مؤثر و همراه با کیفیت خدمات است؟
- در دسترس بودن (Availability): آیا داده‌های لازم جهت اندازه‌گیری شاخص موردنظر در دسترس است و می‌توان با استفاده از بررسی‌های خانوار و یا سیستم‌های اطلاعاتی موجود در مراکز ارائه‌دهنده خدمات آن‌ها را به دست آورد؟ (۲۰)

### ۳-۳-۲-۲- پوشش حفاظت مالی

پوشش حفاظت مالی عمدتاً با دو شاخص زیر سنجیده می‌شود:

- میزان بروز هزینه‌های فاجعه آور سلامت
- درصد فقر خانوار ناشی از پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت (۲۰)

### ۳-۳-۲-۳-۳ عدالت در پوشش

نکته کلیدی در پوشش همگانی خدمات تعهد به عدالت است؛ بنابراین علاوه بر وجود پوشش مناسب خدمات و حفاظت مالی نیاز است که از در طبقات مختلف نیز از وجود عدالت اطمینان حاصل نماییم. مهم‌ترین متغیرهایی که بر اساس آن‌ها می‌توان در این خصوص قضاوت کرد شامل موارد زیر می‌شوند:

- درآمد خانوار
- سطح رفاه (پوشش گروه‌های فقیر در مقایسه با گروه‌های ثروتمند)
- محل سکونت (شهری/روستایی) و جنسیت (۲۰)

### ۳-۳-۳-۳-۳ دسته اول - شاخص‌های اندازه‌گیری پوشش جمعیت

تاکنون مطالعات قابل توجهی در زمینه ارزیابی تأثیر پوشش همگانی سلامت بر ارتقای پوشش جمعیت به مراقبت‌های سلامت انجام گرفته و اغلب آن‌ها بر تأثیر مثبت پوشش همگانی بر پوشش جمعیت به مراقبت‌ها، صحنه گذاشته‌اند (۲۱-۳۰)؛ لذا می‌توان از نتیجه مرور این مطالعات در طراحی نظام پایش و ارزیابی پیامدها در پوشش جمعیت استفاده نمود.

بر اساس مطالعات انجام شده در زمینه پوشش جمعیت، رقمی معادل ۸۳/۱۵٪ تحت پوشش یکی از صندوق‌های ارائه‌دهنده بیمه‌های پایه شامل خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امداد و سایر صندوق‌های بیمه‌ای خرد هستند. به طوری که این رقم در مناطق شهری ۷۷/۹۸ و در مناطق روستایی ۹۴/۵۷ بود. این آمار در زنان ۸۵/۰۹٪ و در مردان ۸۱/۲۹٪ درصد بود.

همچنین ۱۶/۸۳ درصد از جمعیت عضو هیچ‌یک از صندوق‌های ارائه‌دهنده خدمات بیمه پایه نیستند و به عبارت دقیق‌تر بیمه ندارند. در این راستا استان قم ۲۷/۰۱٪ نسبت به میانگین بالاترین رقم بیمه نشده و استان خراسان جنوبی با ۶/۵٪ پایین‌ترین درصد جمعیت بیمه نشده را نسبت به میانگین کشوری به خود اختصاص داده است. از طرفی شواهد آماری نشان داد که رقمی حدود ۵/۱۴ درصد از جمعیتی که بیمه پایه داشتند، دارای دو بیمه پایه بودند. بعلاوه ۱۲/۴۶٪ از جمعیت، تحت پوشش یکی از صندوق‌های ارائه خدمات بیمه مکمل هستند که این رقم در مناطق روستایی ۴/۳۶٪ و در مناطق شهری ۱۶/۱۳٪ است (۳۱-۳۳)

### ۳-۱- جمع‌بندی بعد پوشش جمعیت

نتایج مطالعات نشان می‌دهد که بیشتر جمعیت بیمه نشده در کشور در مناطق شهری است و از طرفی گسترش برنامه بیمه روستایی با موفقیت نسبی همراه بوده است و سازوکارهای گسترش پوشش بیمه پایه در شهرها با چالش بیشتری نسبت به روستاها مواجه است (۳۲) از طرفی جمعیت تحت پوشش بیمه مکمل در مناطق شهری نسبت به مناطق روستایی بیشتر است و این طرح در شهر با موفقیت‌های نسبی همراه بوده است (۳۴). با توجه به این مسئله که نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و نظام ارجاع در شهرها با نقص مواجه است و جمعیت ساکن در مناطق شهری حدود دو سوم جمعیت کل کشور است، مدل ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در شهرها و سطح‌بندی در ارائه خدمات و نظام ارجاع با گسترش پزشک خانواده شهری مستلزم سازمان‌دهی و بازنگری است (۳۲).

در برنامه پوشش همگانی خدمات سلامت، ساماندهی مجدد خدمات تحت پوشش برنامه بیمه مکمل باید مورد توجه قرار گیرد به گونه‌ای که خدمات تحت پوشش در بیمه پایه و مکمل همپوشانی نداشته باشند (۳۵).

در پوشش برنامه بیمه مکمل، درآمد سرانه در کوتاه‌مدت و بلندمدت بیشترین تأثیر مستقیم را بر میزان فروش بیمه‌نامه‌های درمان را دارد. رابطه بین تورم و میزان فروش بیمه مکمل تا ۲/۵ سال مثبت و بعد از آن منفی است. نرخ بیکاری نیز رابطه مثبت و مستقیمی را با میزان فروش بیمه درمان مکمل نشان داده است (۳۳).

مکانیسم پرداخت بیمه‌های درمانی در کشور ایران در گستره پوشش خدمات برحسب خدمات پیشگیری، درمان، توان‌بخشی بیشترین تمرکز را بر روی خدمات درمان دارد (۳۶، ۳۷).

تعیین خدمات بسته بیمه درمان پایه بدون توجه به معیارهای اطلاعاتی تدوین می‌گردند. قابلیت اجرایی، دیدگاه افراد و گروه‌های سیاسی، هزینه مداخلات، اثربخشی خدمات و عدالت مهم‌ترین معیارهایی هستند که از طریق آن‌ها می‌توان خدمات بسته را به بهترین شکل تدوین نمود (۳۸).

شاخص نیازهای برآورده نشده جمعیت (Unmet Needs)، موضوع دیگری است که در اندازه‌گیری پیامد برنامه پوشش همگانی در ابعاد پوشش جمعیت و پوشش خدمات حائز اهمیت است. این شاخص بیانگر آن است که گرانی یا غیرقابل دسترس بودن خدمات قبل از اجرای طرح پوشش همگانی می‌تواند باعث افزایش غیرمنتظره بهره‌مندی از خدمات در زمان اجرای طرح پوشش همگانی شود که این موضوع با تقاضای القایی تفاوت جدی دارد (۳۹). لذا تعیین حدود شاخص باید با استفاده از داده‌ها و آمار قبل از اجرای طرح برآورد گردد. نتایج مطالعات در ایران نتایج قابل تأملی را ارائه می‌کند، به گونه‌ای که بر اساس خود گزارشدهی (Self-reported)، نیاز برای خدمات سرپایی و بستری میان افراد فقیر متمرکز است، در صورتی که بهره‌مندی از خدمات بستری و سرپایی به‌طور متناسب (به نسبت) میان دهک‌های درآمدی توزیع شده است. نتایج شاخص‌های بی‌عدالتی افقی نشان می‌دهد که توزیع و پذیرش‌های سرپایی و بستری به نفع افراد ثروتمند است. احتمال نیاز برآورده نشده برای خدمات سرپایی میان افراد غنی‌تر بیشتر است. شاخص رفاه، بیمه سلامت و منطقه سکونت مهم‌ترین فاکتورهای سهم در تمرکز نیاز برآورده

نشده برای خدمات سرپایی میان افراد فقیر است. نتایج همچنین نشان می‌دهد که دهک‌های بارفاه بیشتر، خدمات سرپایی غیر ضروری بیشتری را نسبت به دهک‌های فقیرتر استفاده کردند (۴۰)

### ۳-۳-۴- دسته دوم- شاخص‌های اندازه‌گیری پوشش خدمات

پایه‌سازی پوشش همگانی مراقبت‌های سلامت در برخی کشورها نشان داده است که ارائه خدمات رایگان و یا بسیار ارزان تحت پوشش بیمه همگانی باعث افزایش استطاعت افراد در استفاده از خدمات شده و به این طریق دسترسی به خدمات را برای مردم افزایش می‌دهد (۴۱)؛ لذا شاخص بهره‌برداری از خدمات و روند تغییرات آن یکی از معیارهای قابل قبول جهت اندازه‌گیری میزان پوشش خدمات است و منابع اطلاعاتی اندازه‌گیری آن نیز نظام‌های ثبت خدمات ارائه شده و نظام اطلاعات بیمارستانی و بهداشتی است (۴۱، ۴۲)

مهم‌ترین نتایج مورد توافق، در تمام مطالعاتی که باهدف ارزیابی پیامد اجرای پوشش همگانی بر پوشش خدمات انجام شده‌اند حاکی از آن است که باوجود اینکه به دلایل متدولوژی، تعیین مقدار دقیق پوشش خدمات بسیار پیچیده بوده، غالباً به‌جای آن از شاخص بهره‌برداری از خدمات و دسترسی به خدمات استفاده می‌شود، پوشش همگانی تأثیر مستقیم بر ارتقای دسترسی اقشار آسیب‌پذیر و روستائیان دارد؛ بطوریکه این گروه‌های اولین گروه‌هایی هستند که از خدمات پوشش همگانی بهره می‌برند و بیشترین استفاده را نیز از این پوشش می‌برند. از طرفی افرادی که از لحاظ جغرافیایی دسترسی راحت‌تری به مراکز ارائه خدمات دارند نیز گروهی هستند که بیشترین بهره را از پوشش همگانی می‌برند (۴۳، ۴۴).

مطالعات در کشور ایران نشان می‌دهد که رابطه مثبتی بین بیمه و تقاضا برای مراقبت‌های درمانی وجود دارد. افرادی که بیمه داشتند با احتمال بیشتری برای چک آپ به پزشک مراجعه می‌کردند. در نتیجه افراد فاقد بیمه با احتمال کمتر برای دریافت مراقبت به پزشک مراجعه می‌کنند یا هنگامی مراجعه می‌کنند که بیماری شدت یافته است این موضوع از یک طرف باعث می‌شود که هزینه‌های



مستقیم و غیرمستقیم فرد افزایش یابد و از طرفی باعث می‌شود رتبه کشور در شاخص‌های نظام سلامت کاهش یابد. در بررسی مقایسه‌ای کارآمدترین سیستم‌های بهداشتی جهان در سال ۲۰۱۳ ایران رتبه چهل و پنجم جهان را دارد (۴۵).

میزان دسترسی به مراکز درمانی ملکی و طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی در کشور ۱۴,۷ مرکز به ازای هر ده هزار نفر جمعیت بوده و دسترسی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی به پزشکان شاغل در درمان مستقیم مجموعاً ۱۰/۲ پزشک به ازای هر ۱۰ نفر مشتمل بر ۴/۸ پزشک عمومی، ۴/۴ پزشک متخصص و یک نفر دندان‌پزشک به ازای هر ده هزار نفر است (۴۶).

در ایران سالیانه حدود چهار میلیون و نهصد هزار عمل جراحی و خدمت درمانی تهاجمی انجام شود که تقریباً ۵۳٪ آن مربوط به ۵۴ خدمتی است که از رایج‌ترین و اثرگذارترین اعمال در کشور می‌باشند. انتظار می‌رود با اجرای تعرفه‌های جدید در مجموع حدود ۷۶۷,۸۳۳ میلیون ریال در سال هزینه اختصاص یافته به برخی خدمات گروهی از تخصص‌های پزشکی اضافه شود و حدود ۸۱۰,۶۵۵ میلیون ریال از هزینه برخی خدمات کسر شود (۴۷).

همچنین پوشش مراقب‌های دوران بارداری و زایمان در حضور مراقبان بهداشتی آموزش دیده، نسبت پزشک، دندان‌پزشک، داروساز و پرستار و ماما به ازای هر ده هزار نفر جمعیت وضعیت مناسب و مطلوبی را در کشور دارا بوده که به‌عنوان یک دست آورد بزرگ بهداشتی حائز اهمیت است (۴۸).

افزایش دسترسی جغرافیایی موجب افزایش بهره‌مندی در ویزیت پزشکان شده است به طوری که افزایش ۱٪ در میزان دسترسی موجب افزایش ۰/۲۳٪ در میزان بهره‌مندی از ویزیت پزشکان متخصص شده است. پرداخت از جیب بیمار بابت ویزیت پزشک متخصص و درآمد بیمه‌شدگان تأثیری بر میزان بهره‌مندی از این خدمت نداشته است. بهره‌مندی از ویزیت پزشکان متخصص در بخش خصوصی نسبت به میزان پرداخت از جیب بیماران بی‌کشش بوده و حساسیت استفاده از

این خدمت بیشتر متأثر از میزان دسترسی جغرافیایی به این خدمت است (۴۹). این مسئله نشان می‌دهد توجه صرف به پرداخت از جیب بیمار تأمین‌کننده تناسب بهره‌مندی از خدمات درمانی نیست. بلکه گایدلاین‌های درمانی و نظام ارجاع اثربخش و دسترسی جغرافیایی علاوه بر پرداخت از جیب بر بهره‌مندی عادلانه و مبتنی بر نیاز به خدمات درمانی تأثیر دارند (۵۰، ۵۱).

### ۳-۳-۵- دسته سوم- شاخص‌های اندازه‌گیری حفاظت مالی

بررسی ارزیابی‌هایی که در کشورهای مختلف در رابطه با میزان حفاظت مالی از جمعیت در برابر هزینه‌های سلامت در نتیجه اجرای برنامه پوشش همگانی انجام شده است حاکی از آن است که در یک اصل کلی، اجرای برنامه‌های پوشش همگانی از ۲ طریق باعث ارتقای حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت می‌گردد:

## کاهش میزان پرداخت از جیب

### کاهش و یا جلوگیری از مواجهه هزینه‌های کمرشکن (۵۲)

در اجرای پوشش همگانی سلامت، کشورهای مختلف به دو طریق عمل کرده‌اند؛ برخی از آن‌ها کلیه خدمات را به صورت کاملاً رایگان ارائه نمودند و برخی از کشورهای، بخشی از هزینه‌ها را به صورت فرانشیز دریافت نموده‌اند. تصمیم‌گیری در مورد استفاده از هر یک از این روش‌ها می‌تواند تأثیر متفاوتی بر حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت داشته باشد (۵۳).

بخش بهداشت و درمان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بخش‌ها، تأثیر قابل توجهی در وجود یا فقدان فقر در جامعه دارد. به دلیل هزینه‌های بالای خدمات در این بخش، بی‌توجهی به روش حمایتی از افراد تحت پوشش جامعه باعث خواهد شد که در بسیاری از موارد بحرانی، کانون اقتصادی خانواده تحت یک فشار مالی به سمت فقر پیش رود. این مسئله از یک‌طرف به خروج نیروی انسانی سالم از جامعه خواهد انجامید و از طرف دیگر به تعداد خانواده‌های فقیر در کشور خواهد افزود.

در کشور ما به خاطر بالا بودن هزینه‌های درمانی که مردم پرداخت می‌کنند، ۳٫۵ تا ۴ درصد مردم و خانواده‌ها وقتی یکی از اعضای خانواده بیمار می‌شود به علت مخارج سلامتی دچار هزینه‌های کمرشکن (expenditure catastrophic health) شده و مجبور به فروش لوازم منزل و سایر مسائل و معضلات می‌شوند و به زیر خط فقر سقوط می‌کنند؛ که بر اساس ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه، مقرر گردیده است (۵۴)

بالا بودن شاخص‌های «سهم مردم از هزینه‌های سلامت» و «میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت» و پایین بودن شاخص «مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع مالی سلامت»، منجر به افزایش فشار به بودجه خانوار جهت دریافت خدمات درمانی، به تعویق افتادن روند درمان به علت ضعف بنیه مالی، بی‌اعتمادی به نظام بیمه‌ای و سلامت کشور و رشد بی‌رویه فقر در جامعه خواهد شد. (۵۵، ۵۶)

بهداشت و درمان در سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی کشورها پایگاه ویژه دارد و از مسائلی که در طی سال‌های گذشته همیشه مورد بحث محققان در رشته‌های اقتصادی بهداشت عمومی بوده است، هزینه‌های بهداشتی و درمانی است. رشد فناوری پزشکی، رشد بی‌رویه جمعیت، تغییر سبک زندگی و ظهور بیماری‌های جدید و دیگر عوامل باعث رشد فزاینده هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی در چند دهه اخیر شده است. به علت هزینه‌های بالا برای نیازهای بهداشتی و درمانی هر سال تقریباً ۴۴ میلیون خانوار یعنی بیش از ۱۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا متحمل هزینه‌های کمرشکن سلامت می‌شوند که تقریباً ۲۵ میلیون خانوار از این خانوارها یا به عبارتی بیش از ۱۰۰ میلیون نفر به دلیل هزینه‌های کمرشکن به زیر خط فقر رانده می‌شوند. مردم در همه نقاط دنیا مریض می‌شوند و در همه جا منابعی برای بهبود آن‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد با توجه به محدود بودن منابع موضوع تأمین منابع مالی برای خدمات بهداشتی و درمانی مهم تلقی می‌گردد. هر قدر شیوه تأمین منابع بیشتر بر منابع عمومی و بیش پرداخت‌ها (قبل از بروز بیماری) اتکا داشته باشد، نظام سلامت عادلانه‌تر است و هر چه میزان منابع مالی بیش‌تر از محل

پرداخت‌های مستقیم خانوارها در زمان بیماری تأمین گردد، نظام تأمین منابع مالی سلامت غیر عادلانه‌تر خواهد بود. مهم‌ترین نتایج مشارکت غیر عادلانه خانوارها در تأمین منابع مالی نظام سلامت این است که درصد خانوارهایی که هزینه‌های مصیبت‌بار سلامتی را پرداخت می‌کنند، افزایش می‌یابد (۵۷، ۵۵).

تحلیل نتیجه مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت را می‌توان به‌وسیله دو رویکرد انجام داد: رویکرد درآمدی و رویکرد بار مالی. در رویکرد درآمدی تغییر در توزیع درآمد برحسب پرداخت‌های مالی خانوار برای نظام سلامت بررسی می‌شود که براساس تغییر در تعداد خانوارهایی که به علت پرداخت سلامت به زیر خط فقر رانده شده‌اند، سنجیده می‌شود. در رویکرد دوم پرداخت‌های سلامت از نظر تأثیر آن با تجارب پریشان‌کننده ناشی از آن بر خانوار بررسی می‌شود؛ مانند محاسبه شاخص انصاف در مشارکت مالی و درصد خانوارهای مواجه با پرداخت‌های کمرشکن در مطالعه حساب‌های ملی سلامت در وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۶ نسبت پرداخت مستقیم از جیب مردم ۵۲٫۶٪ (در سال ۱۳۸۵) گزارش شده است. بالا بودن این میزان و هدف محافظت در برابر خطرات مالی که یکی از سه هدف عملکردی هر نظام سلامتی (به‌ویژه کشور ما) و تأثیر که این هدف بر روی دو هدف دیگر (سلامت، رضایتمندی مشتری) دارد باید بیشتر مورد توجه سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان کشور قرار گیرد. امروزه نبود محافظت مالی در سلامت به‌عنوان بیماری نظام‌های سلامت شناخته شده است. روشن‌ترین نشانه آن این است که خانوارها نه تنها از بار بیماری بلکه از بار ناشی از نابودی و فقر اقتصادی به‌عبارتی دیگر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقر ناشی از تأمین مالی سلامت رنج می‌برند؛ بنابراین تشخیص به‌موقع این بیماری به‌وسیله سنجش و پایش میزان هزینه‌های کمرشکن در نظام سلامت و شناخت عواملی که یک خانوار را در معرض خطر مواجهه با این هزینه‌ها قرار می‌دهد، سیاست‌گذاران نظام سلامت را در انتخاب سیاست‌های پیشگیرانه و شیوه‌های درمانی جهت این بیماری یاری خواهد رساند (۵۷، ۵۵، ۹، ۵۹).

بررسی نشان می‌دهد که در کشور ایران مردم تقریباً ۵۳ درصد از هزینه‌های بهداشتی و درمانی را به صورت مستقیم پرداخت می‌نمایند. البته توزیع این شاخص در استان‌های مختلف دارای پراکندگی زیادی بوده که نشان‌دهنده نابرابری در مناطق مختلف کشور به ویژه شهری و روستایی است. برخی تخمین‌ها مبنی بر آن است که سهم هزینه خانوار از کل تولید ناخالص داخلی در مدت حدود دو سال تقریباً ۱۰ درصد افزایش یافت. چنین افزایشی در هزینه، موجب نگرانی از توان درازمدت جامعه در پرداخت هزینه‌های سلامت است. دوم اینکه سهم بزرگ پرداخت از جیب موجب نگرانی‌هایی از دیدگاه عدالت در تأمین منابع است. باید دقت شود که به‌رغم اهداف واضح سیاست‌گذار برای کاهش پرداخت از جیب، رشد این گونه پرداخت در سال‌های اخیر ادامه یافته است. دو علت در ایجاد این چالش‌ها در کشور تأثیر داشته‌اند: یکی رواج پرداخت به ازای خدمت، اصطلاحاً کارانه است که به پزشکان انگیزه در ارائه خدمات اضافی می‌دهد و دوم گسستگی در صندوق‌های بیمه اجتماعی درمان موجب ناکارایی، هدر رفت منابع و دشواری در تداوم تأمین مالی شده است.

بررسی وضعیت شاخص عدالت در مشارکت مالی نشان می‌دهد که این شاخص در طول سال‌های ۱۳۶۳- منتخب تا ۱۳۸۸ با نوسانات اندکی همراه بوده است. رقم این شاخص در بخش روستایی در سال ۱۳۶۳، ۰٫۷۶، در سال ۱۳۸۸، ۰٫۷۵، و در بخش شهری در سال ۱۳۶۲ و ۱۳۸۸ ۰٫۷۹ بود (۱۹).

برنامه‌های فقرزدایی پس از جنگ، در کاهش فقر مناطق شهری نسبت مناطق روستایی، موفقیت بیشتری داشته‌اند، میزان خطوط فقر مطلق در مناط شهری بیشتر از مناطق روستایی بوده است و میزان فقر مطلق و همچنین شکاف فقر مطلق در مناط روستایی بالاتر از مناطق شهری بوده است (۶۰).

بررسی شاخص تمرکز بسط یافته و شاخص موفقیت در دستیابی به سلامت نشان داد که حداقل نابرابری مربوط به سال ۱۳۹۰ و بیشترین آن مربوط به سال ۱۳۷۰ و ۱۳۸۶ است. در مجموع روند

نابرابری در دوره مورد مطالعه در حال افزایش بوده است. متوسط شاخص تمرکز بسط یافته و شاخص موفقیت در دستیابی به سلامت طی دوره مطالعه به ترتیب برابر ۰,۵۹ و ۱۰۱۸۸۴/۱ و انحراف معیار آن‌ها ۰,۰۳ و ۳۲۳۱۴/۵۶ بود. نتایج محاسبات وجود نابرابری به نفع طبقات پردرآمدتر را تأیید می‌کند و از سوی دیگر نشان می‌دهد که سیاست‌گذاری در این حوزه طی این سالها از ثمربخشی لازم برخوردار نبوده است. همچنین متوسط مخارج سلامت خانوارها طی این سال‌ها با افزایش درجه انزجار از نابرابری، از مقدار متوسط آن در سطح برابری کامل کاهش یافته است که نشان از ضعیف‌تر شدن توان حفظ یا بهبود وضعیت سلامت افراد به‌ویژه در گروه‌های پایین درآمدی دارد (۶۱).

بررسی شاخص کاکوانی نشان داد که نابرابری بالا و گسترده‌ای در مخارج بهداشت و درمان در ایران در طول سه دهه گذشته شامل افزایش شکافی در مناطق روستایی و شهری وجود داشته است. بعلاوه تورم افراد فقیر را نسبت به افراد غنی بیشتر متأثر کرده است. شاخص صعودی بودن کاکوانی در تمامی سال‌ها با میانگین ۰/۴۳۶ در مناطق روستایی و ۰/۴۷۰ در مناطق شهری مثبت بود. این شاخص با عدد ۱ بیشترین درجه صعودی بودن در تأمین مالی دولتی را نشان می‌دهد و عدد ۲- بیشترین درجه نزولی بودن در تأمین مالی دولتی را نشان می‌دهد. در طول دوره مورد مطالعه در مقایسه با نابرابری در توزیع درآمد در طول ۳۰ سال گذشته، مخارج سلامت به‌طور مستمری نابرابری بیشتر و صعودی‌تری را نشان دادند. با توجه به نتایج مطالعه، در طول این دوره ایران ۴ برنامه توسعه ملی را تدوین کرده است اما این برنامه‌های ملی در تأمین راهبردهای پایدار برای کاهش نابرابری‌ها در مخارج بهداشت و درمان موفق نبودند. سیاست‌هایی که باید از گروه‌های آسیب‌پذیر حمایت کند باید اولویت‌بندی شوند (۱۹, ۶۲).

درصد پرداخت از جیب بیماران در مراکز طرف قرارداد بخش خصوصی برای پزشک عمومی و پزشک متخصص تا دو برابر افزایش یافته است به گونه‌ای که طی سال‌های ۸۷-۱۳۷۷، درصد پرداخت از جیب بیماران در مراکز طرف قرارداد خصوصی، به ترتیب برای پزشک عمومی از

۳۰٪ به ۶۷٪ و برای پزشک متخصص از ۳۰٪ به ۷۵٪ رسیده است همچنین متوسط مراجعه هر نفر به پزشک عمومی روند کاهشی داشته است و از ۱/۱۳ مراجعه در سال ۱۳۷۷ به ۰/۸۸ مراجعه در سال ۱۳۸۷ رسیده است و در مقابل متوسط مراجعه به پزشک متخصص روندی افزایشی داشته و از ۰/۶۵ مراجعه به ۰/۷۶ افزایش یافته است (۴۰، ۶۳). از طرفی بررسی سیاست‌های عمومی دولت در گسترش بیمه درمان همگانی نشان داد سهم دولت طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۷۵ برای جبران منابع موردنیاز برای پوشش خانوارها در گروه جمعیت شاغل و بیکار در بخش غیررسمی کاهش یافته است. همچنین متوسط رشد هزینه سرانه درمان برای بیمه‌شده‌های بخش غیررسمی کمتر از متوسط رشد این هزینه برای کل بیمه‌شده‌های شهری (در بخش‌های رسمی و غیررسمی) بوده است. در طرح فعلی بیمه درمانی برای این گروه نیز پرداخت نیمی از کل هزینه درمان بر عهده جمعیت یادشده گذارده شده است (۴۰، ۶۳، ۶۴).

پرداخت‌های خانوارهای ایرانی بین سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ نشان می‌دهد. در این دوره پرداخت‌های مستقیم سلامت ۷۴ درصد افزایش یافته است. خانوارهای بالاترین گروه درآمدی، ۵ برابر پایین‌ترین گروه درآمدی پرداخت داشته‌اند، درحالی‌که احتمال استفاده از خدمت برای آن‌ها ۱۷ درصد بیشتر بوده است. ضریب پوشش بیمه نشان می‌دهد که نظام بیمه تنها موفق شده است ۱۵ درصد از بار هزینه‌های مستقیم خانوارها را کاهش دهد و تنها ۲ درصد احتمال برخورداری آنان از خدمات سلامت را افزایش دهد. (۶۵).

نسبت خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت ۹-۱۵ درصد برآورد شده است. جنسیت، سرپرست خانوار بودن، نوع محل سکونت، بیماری اعضای خانوار، تعداد اعضای خانوار، تعداد دفعات بستری، سطح درآمد خانوار، مالکیت مسکن و پوشش بیمه درمان مکمل از مهم‌ترین عواملی هستند که تأثیر معناداری بر میزان بروز هزینه‌های کمرشکن دارند. خانوارهای ساکن در استان‌های آذربایجان شرقی، کردستان و سیستان و بلوچستان با سطح بالاتری از هزینه‌های کمرشکن مواجه هستند. بعلاوه نظام فعلی بیمه سلامت مبتنی بر مشارکت کارفرما حفاظت برابر در مقابل

هزینه‌های بیمارستانی در ایران ارائه نمی‌کند. به نظر می‌رسد برنامه بیمه سلامت همگانی واحد که پوشش‌دهنده خدمات برای تمامی ایرانیان بدون توجه به وضعیت اشتغال آن‌ها باشد، بهتر می‌تواند خانوارها را در مواجهه با هزینه‌های کمرشکن محافظت نماید (۶۶-۶۹).

جدول ۱- شاخص هزینه‌های کمرشکن در کشور

سال ها	شهری	روستایی	کل
سال ۱۳۸۷	۲/۱	۳/۴	۲/۸
سال ۱۳۸۸	۲/۵	۳/۷	۳/۱
سال ۱۳۸۹	۳/۵	۶/۸	۵/۲
سال ۱۳۹۰	۳/۴	۷/۸	۵/۶
سال ۱۳۹۱	۳/۹	۸/۵	۳

با اجرای طرح بیمه‌ی درمان روستاییان، انتظار می‌رفت که متوسط هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوارهای روستایی (به عنوان یکی از شاخص‌ها برای ارزیابی این طرح بر اساس وضعیت عمومی عدالت) کاهش قابل ملاحظه‌ای یابد، اما ارزیابی‌های صورت گرفته در این پژوهش نشان داد که طرح بیمه‌ی درمان روستاییان تأثیر قابل توجهی بر کاهش متوسط این هزینه‌ها و در نتیجه در بهبود وضعیت عمومی عدالت نداشته است (۶۳).



### ۳-۳-۵-۱- جمع‌بندی بعد محافظت مالی

به‌طور کلی پیش‌بینی حمایت مالی در نتیجه اجرای برنامه پوشش همگانی بسیار پیچیده بوده و به شدت به محتوا و نحوه اجرای برنامه بستگی دارد؛ بطوریکه محتوای برنامه با تعیین نحوه تأثیر برنامه بر میزان و کیفیت افزایش استفاده از خدمات، ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی جمعیت تحت پوشش و نیازهای سلامت برآورده نشده، نوع، کیفیت و نسبت خدماتی که پوشش داده می‌شوند (خدمات پیشگیری/درمانی، بستری، سرپایی/مراقبت‌ها و خدمات/داروها و تجهیزات) و نحوه خرید خدمت و پرداخت به ارائه‌دهندگان، میزان موفقیت برنامه در حمایت مالی از جمعیت را تعیین می‌کند.

با وجود ابهاماتی که در مورد برآورد میزان تأثیر پوشش همگانی بر حفاظت مالی جمعیت دارد، مطالعات مختلف تأثیر پوشش همگانی سلامت را بر افزایش محافظت مالی مثبت ارزیابی کرده‌اند (۷۰). نتایج مطالعات نشان داد در زمان بحران اقتصادی، خانواده‌های فقیر بیشتر از خانواده‌های دیگر از مزایای پوشش همگانی بهره‌مند می‌شوند (۷۰). در کشورهای در حال توسعه که منابع محدودی برای پوشش هزینه‌های سلامت کل جمعیت دارند، بهتر است در گام اول برنامه، گروه‌های آسیب‌پذیر و فقرا را تحت پوشش برنامه قرار دهند تا در نتیجه رضایت عمومی که در جامعه ایجاد می‌شود، موفقیت برنامه به سرعت به دست بیاید. در نتیجه این پیروزی زود هنگام، حمایت سیاسی از برنامه افزایش یافته و منابع برنامه افزایش خواهد یافت. حذف کامل فرانشیز در برخی شرایط می‌تواند نتیجه معکوس داشته و تأثیر برنامه پوشش همگانی را بر حفاظت مالی جمعیت کاهش دهد؛ بطوریکه با حذف کامل فرانشیز و دسترسی بدون محدودیت به خدمات سلامت، بهره‌برداری‌های غیر ضروری و یا القایی از خدمات سلامت افزایش یافته و هزینه‌های غیرمستقیم درمان، باعث فقیرتر شدن جمعیت می‌شود. از سوی دیگر این رویکرد می‌تواند نظام سلامت را نیز تضعیف نموده و توانایی آن را برای حفاظت از سلامت جمعیت کاهش دهد (۷۱).

### ۳-۴- نیازهای اطلاعاتی تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران در پروژه پوشش همگانی خدمات

نتایج بررسی‌ها در بعد نیازهای اطلاعاتی تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران نشان داد در گزارش‌های مرکز آمار در خصوص هزینه خانوار، نرم‌افزار HIS، گزارش‌های بخش ارائه‌دهندگان خصوصی بیشترین چالش اطلاعاتی وجود دارد. تاکنون مطالعه‌ای در زمینه تأثیر نظام‌های اطلاعات در تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری پوشش همگانی صورت نگرفته است. نظام‌های اطلاعات در سیستم عرضه سلامت، با گردآوری، تحلیل و انتشار داده‌ها زمینه استفاده از اطلاعات به‌منظور بهبود و ارتقا سلامت جامعه را فراهم کند. در بخش بهداشت و درمان استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی کارآمد جهت افزایش کارایی اثربخشی و کیفیت خدمات و نیز رضایتمندی مراجعین ضرورتی انکارناپذیر به شمار می‌رود.

به منظور اطلاع از جریان مالی در نظام سلامت تاکنون تلاش‌های متعددی در کشور صورت گرفته است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به طرح هزینه و درآمد خانوار (از سال ۱۳۴۲ بصورت سالانه) و طرح تدوین حساب‌های ملی سلامت (بصورت سری زمانی از سال ۱۳۸۱ الی ۱۳۸۷) توسط مرکز آمار ایران اشاره نمود؛ اما وجود پرونده سلامتی برای هر فرد و ثبت اطلاعات مورد نیاز به عنوان یک معیار در جهت ارزیابی برنامه پوشش همگانی نیازمند تلاش‌های بیشتری در این حوزه است.

پیشینه بحث حساب‌های ملی سلامت به سال ۱۳۷۸ برمی‌گردد که در آن سال جلسه‌ای با حضور نمایندگان سازمان‌های مختلف کشور از جمله مرکز آمار ایران، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و وزارت بهداشت و درمان و همچنین نمایندگان سازمان‌های بین‌المللی از جمله سازمان جهانی بهداشت تشکیل شد. در آن جلسه پس از بررسی فعالیت‌های انجام شده در زمینه حساب‌های ملی، مرکز آمار ایران به عنوان سازمان متولی تهیه حساب‌های ملی سلامت شناخته شد. لذا حساب‌های ملی سلامت اولین بار توسط مرکز آمار ایران با همکاری وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی برای سال ۱۳۸۱ تهیه و تدوین شد و می توان اذعان داشت که در آن دوره، ایران یکی از معدود کشورهای خاورمیانه بود که اقدام به تهیه حساب‌های ملی سلامت نمود. (۵۵)

طرح آمارگیری هزینه و درآمد خانوار از سال ۱۳۴۲ در مناطق روستایی و از سال ۱۳۴۷ در مناطق شهری به اجرا درآمده است. از سال ۱۳۵۳ علاوه بر هزینه‌های خانوار، اطلاعات درآمد نیز گردآوری شده و تا کنون غیر از سال‌های ۱۳۵۵، ۱۳۵۷ و ۱۳۶۰، همه ساله انجام شده است. در این طرح اطلاعات مربوط به متوسط هزینه‌ها و درآمد یک خانوار شهری و یک خانوار روستایی در سطح کشور و استان و بصورت سالانه فراهم می‌گردد. اطلاعات حاصل از این طرح از طریق تکمیل پرسشنامه برای حدود ۲۰ هزار خانوار ایرانی که به روش مرحله‌ای نمونه‌گیری و وارد مطالعه شده‌اند گردآوری می‌شود. پرسشنامه این طرح در ۶۸ صفحه تنظیم شده و مشتمل سه بخش ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی خانوار، هزینه‌ها (هزینه‌های خوراکی و غیرخوراکی خانوار اعم از هزینه‌های بهداشت و درمان) و درآمد خانوار است. زمان درآمد و هزینه خانوار، برحسب نوع سوال مربوط به یک هفته گذشته، یک ماه گذشته یا ۱۲ ماه گذشته است. یکی از ارکان مورد بررسی در این طرح، هزینه خانوار در بخش سلامت بوده و باتوجه به محتوی اطلاعات گردآوری شده در این زمینه و تواتر سالیانه در گردآوری داده‌ها، می‌تواند به عنوان یکی از منابع مهم در راستای پاسخگویی به سوالات مطالعه حاضر تلقی گردد.

طرح‌های مذکور از جمله مهم‌ترین منابع اطلاعاتی برای دسترسی به تمام یا بخشی از داده‌های مورد نیاز پوشش همگانی خدمات سلامت می‌باشند.

با توجه به استقلال استان‌ها و مناطق جغرافیایی کشور و تشکیل شورای سلامت در سطح استان‌ها جهت اصلاح نظام مدیریت و تصمیم‌گیری کشور به سمت تمرکززدایی، استقرار حساب‌های استانی سلامت در کشور ضرورت دارد تا زیربنای اطلاعاتی جهت برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران استانی در راستای تحقق مشارکت عادلانه منابع و تخصیص بهینه آن‌ها در سطح استانی فراهم آید شش چالش اصلی جهت استقرار حساب‌های استانی سلامت استان شناسایی شد؛

که شامل تولید و ساختار حقوقی، همکاری و ارتباطات، نیروی انسانی، فناوری، دانش و مهارت بود. براساس مطالعات انجام شده، کلیه مؤلفه‌های تولید و ساختار حقوقی، همکاری و ارتباطات، نیروی انسانی، فرایند و فناوری باید متناسب با یکدیگر تغییر یابند تا زمینه‌ی استقرار و حساب‌های استانی سلامت فراهم گردد و با رعایت این موارد و الزامی شدن اجرای حساب‌های استانی سلامت، به کاهش و جلوگیری از اتلاف هزینه‌های دولت، کمک شایانی نمود

#### ۴- نتیجه گیری

اگرچه وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت مردم در پیشبرد برنامه‌هایش به وظیفه خود عمل می‌کند، اما ارتقای سطح

سلامت مردم بدون همکاری همه دستگاه‌های اجرایی کشور و توسعه همه‌جانبه اقتصادی و اجتماعی میسر نخواهد بود.

همواره فرض اصلی در اجرای برنامه‌های پوشش جمعیتی آن است که با ایجاد دسترسی مطلوب و عادلانه برای تمام جمعیت به مراقبت‌های سلامت و حفاظت از آن‌ها در برابر هزینه‌های سلامت، جمعیت با بهره‌برداری مناسب از خدمات، می‌توانند به اندازه نیاز تحت مراقبت قرار گرفته و به تدریج وضعیت سلامت آن‌ها ارتقا خواهد یافت. با این حال مرور مطالعات ارزیابی پیامد پوشش همگانی بر سلامت نشان داد در برخی از موارد این فرض اتفاق نمی‌افتد. در صورتی که اجرای برنامه بدون نظارت دقیق بر نحوه ارائه خدمت توسط ارائه‌دهندگان، فقدان نظام پرداخت استراتژیک و نظارت کافی و بدون اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی جمعیت از رفتار مطلوب سلامت و عدم جهت‌دهی به رفتار جستجوی خدمت جمعیت، صورت پذیرد هیچ‌یک از فرض‌های طرح در ارتباط با ارتقای سلامت اتفاق نخواهد افتاد.

همچنین مرور مطالعات حاکی از آن است که اغلب مطالعاتی که با هدف ارزیابی پیامد برنامه پوشش همگانی سلامت بر ارتقای سلامت جمعیتی انجام شده‌اند، در ارائه نتایج شفاف ناکام مانده‌اند. دلایل این ناکامی را می‌توان به دودسته اصلی تقسیم نمود: استفاده از شاخص‌های نامناسب و دلایل ذاتی متدولوژیک:

الف- استفاده از شاخص‌های نامناسب که یا به راحتی قابل اندازه‌گیری نیستند، یا ارتباطی به اهداف برنامه پوشش همگانی ندارند و یا به اهداف این برنامه ارتباط دارند ولی به راحتی و در کوتاه‌مدت

تأثیر نمی‌پذیرند، اشتباه بوده و مانع جدی برای اندازه‌گیری تأثیرات برنامه بر سلامت جمعیت، است.

ب- اشکالات متدولوژیکی نظیر کمبود اطلاعات در مورد وضعیت شاخص‌ها قبل از آغاز مداخلات برنامه، تأثیر متقابل شاخص‌ها و عوامل مخدوش‌کننده بر وضعیت سلامت، تأثیرات سایر عوامل اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر سلامت در طول اجرای برنامه، اتکای بیش‌ازحد و نابجا بر روش‌های خودارزیابی وضعیت سلامت و انجام ارزیابی بعد از گذشت مدت‌زمان کوتاه از اجرای برنامه، معمولاً موانع جدی بر سر راه ارزیابی پیامدهای سلامت ناشی از اجرای پوشش همگانی است

اندازه‌گیری پیامدهای سلامت به لحاظ متدولوژیک دشوار بوده و موانع زیادی در برابر آن وجود دارد. یکی از موانع اصلی، اندازه‌گیری سلامت جمعیت در ابتدای برنامه و قبل از اعمال هرگونه تغییری است. معمولاً اطلاعات موجود در نظام سلامت مبتنی بر نحوه بهره‌برداری از خدمات، موارد بیماری و مرگ‌ومیر است و در مورد سایر وضعیت‌های سلامت جمعیت اطلاعاتی در دسترس نیست. موضوع دیگر روش‌های مختلف اندازه‌گیری است که هیچ‌کدام به‌اندازه کافی جامعیت ندارند (۷۲).

متغیرهای مختلفی بر سلامت جمعیت تأثیر دارند. عوامل ژنتیکی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی زیادی وجود دارند که به‌صورت هم‌زمان، مستقیماً و یا به‌صورت غیرمستقیم بر سلامت مردم تأثیر می‌گذارند و برنامه‌های سلامت تنها یک متغیر تأثیرگذار، در کنار سایر متغیرها، می‌باشند.

بهبود سلامت پیامدی است که معمولاً در بلندمدت حاصل می‌گردد. هدف اولیه اجرای برنامه پوشش همگانی، افزایش دسترسی جمعیت به خدمات و افزایش حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت است تا از این طریق، سلامت جامعه ارتقاء یابد. به همین دلیل، اغلب مطالعاتی که باهدف

ارزیابی پیامدهای اجرای برنامه پوشش همگانی انجام شده‌اند، با فرض صحت ارتباط فوق، به ارزیابی پیامدها در حوزه دسترسی و حفاظت مالی، پرداخته‌اند

پوشش همگانی خدمات به صورت دولتی رایگان و یا با فرانشیز اندک باعث می‌شود جمعیت تحت پوشش بجای دریافت خدمات از بخش خصوصی، به ارائه‌دهندگان دولتی و یا طرف قرارداد با دولت، مراجعه نمایند. از طرفی بجای استفاده از خدمات نیروهای با تخصص پایین یا تخصص نامرتب برای تشخیص یا درمان بیماری و استفاده از روش‌های خوددرمانی، به نیروهای متخصص مراجعه نمایند (۲۳).

### محدودیت های مطالعه:

- عدم دسترسی به بانک اطلاعاتی مربوط به پایان نامه ها
- عدم دسترسی به داده های مربوط به اقشار مختلف در ابعاد پوشش همگانی

## رفرنس‌ها

۱. Naghavi M. Transition in Health Status in the Islamic Republic of Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2006;2(1):45-57.
۲. حافظی زهرا، عسکری روح الله، ممیزی مهدیه. بررسی نحوه عملکرد پزشکان خانواده در استان یزد. *طلوع بهداشت* ۱۳۸۸؛ سال ۶، شماره ۱ و ۲، شماره مسلسل ۲۶: ۱۶-۲۶.
۳. شورای سیاست گذاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت. ۱۳۹۰. دسترسی در سایت: <http://www.oiiip.ir/portal/File/ShowFile.aspx?ID=39fff111-95a1-4141-8649-8a2c5055f90c>
۴. World Health Organization. Universal Health Coverage:Five Questions. Available from: [http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_health\\_coverage\\_5\\_questions.pdf](http://www.who.int/health_financing/universal_health_coverage_5_questions.pdf)
۵. طیف سلامتی. شبکه اینترنتی آفتاب. دسترسی در سایت: [http://www.aftabir.com/health/healthy/safety/explain\\_spectrum.php](http://www.aftabir.com/health/healthy/safety/explain_spectrum.php). تاریخ و ساعت دسترسی: ۲۱ تیرماه ۱۳۹۳، ۱۳:۳۸
۶. جنتی علی، ملکی محمدرضا، قلی مصعومه، نریمانی محمدرضا، ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده. *مجله دانش و تندرستی*. ۲۰۱۰؛ ۴(۴): ۳۸-۴۳.
۷. مجیدی نجمه، وطن خواه رویا، محمدی افسانه، میزان به کارگیری مدیران از اطلاعات نظام سلامت در حوزه بهداشت و درمان. اولین همایش سراسری دانشجویی حاکمیت بالینی و ارتقای مستمر کیفیت؛ ۲۰۱۲: دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۸. براتی امیر، ملکی محمدرضا، گوهری محمدرضا، کبیر محمدرضا، امیراسماعیلی محمدرضا. تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های سلامت (مقاله کوتاه).
۹. راغفر حسین، خضری محمد، واعظ مهدوی زینب، سنگری کبری. تأثیر ناکارایی نظام بیمه‌های درمانی در فقر خانوارهای کشور.



۱۰. ملک افضلی حسین، بحرینی فخرالسادات، علاالدینی فرشید، فروزان ستاره: اولویت های نظام سلامت بر پایه نیازسنجی و مشارکت ذی نفعان در جمهوری اسلامی ایران.
۱۱. جباری بیرامی حسین، طیبی سیدجمال الدین، دلگشایی بهرام، محمودی محمود، بخشیان فریبا. مطالعه تطبیقی مکانیزم تمرکز زدایی در ارائه خدمات سلامت کشورهای مختلف و ارائه الگو برای ایران.
۱۲. معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان های بیمه، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی. دستورالعمل نظام ارجاع و پزشک خانواده در مناطق شهری. نسخه ۱. تهران. خردادماه ۱۳۸۹
۱۳. دبیرخانه شورای سیاست گذاری و اصلاح نظام سلامت. سند سیاست ارتقاء مراقبت های اولیه سلامت، پروژه مطالعه و تحلیل وضعیت نظام سلامت: مرور خدمات اولیه سلامت و پیشنهاد مداخلات. ۱۳۸۶. دسترسی در [http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291\\_1664\\_Primary\\_Health\\_Care\\_Services\\_Policy.pdf](http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291_1664_Primary_Health_Care_Services_Policy.pdf).
۱۴. سازمان جهانی بهداشت. سلامت ایران. خبرنامه دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۹؛ سال ششم، شماره دوم. ۷-۱۲
۱۵. رشیدیان آرش. چالش های سیاست گذاری و ضرورت ایجاد ساختارهای منسجم برای کمک به تصمیم گیری آگاه از شواهد در نظام سلامت کشور.
۱۶. Saltman RB, Ferroussier Davis O. The concept of stewardship in health policy. Bull, World Health Organ 2000; 78(6): 732-9.
۱۷. Giedion U, Andrés Alfonso E, Díaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. 2013
۱۸. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. The lancet. 2012;380(9849):1259-79.
۱۹. -Raghfar H, Gholami S. Households' Health Expenditure Inequality in Iran: 1984-2011. Hakim Research Journal 2014; 16(4): 302- 316. [in Persian].

- .۲۰ USAID. Measuring and monitoring country progress towards universal health coverage : concepts, indicators, and experiences. Meeting Summaary- July 20, 2012 ,Washington DC
- .۲۱ Wang H, Yip W, Zhang L, Hsiao WC. The impact of rural mutual health care on health status: evaluation of a social experiment in rural China. *Health Economics*. 2009;18(S2):S65-S82
- .۲۲ Martinez S. Impact evaluation of maternal child provincial health investment project in Argentina—Plan Nacer. BNPP PPP Health and Education Synthesis Reports Washington DC, World Bank Netherlands Partnership Program. 2001.
- .۲۳ waters HR. Measuring the impact of health insurance with a correction for selection bias—a case study of Ecuador. *Health Economics*. 1999;8(5):473-83.
- .۲۴ Nguyen HT, Hatt L, Islam M, Sloan NL, Chowdhury J, Schmidt J-O, et al. Encouraging maternal health service utilization: an evaluation of the Bangladesh voucher program. *Social science & medicine*. 2012;74(7):989-96.
- .۲۵ Sosa-Rubi SG, Galarraga O, Harris JE. Heterogeneous impact of the “Seguro Popular” program on the utilization of obstetrical services in Mexico, 2001–2006: A multinomial probit model with a discrete endogenous variable. *Journal of health economics*. 2009;28(1):20-34.
- .۲۶ Thornton RL, Hatt LE, Field EM, Islam M, Solís Diaz F, González MA. Social security health insurance for the informal sector in Nicaragua: a randomized evaluation. *Health Economics*. 2010;19(S1):181-206.
- .۲۷ Trujillo AJ. Medical care use and selection in a social health insurance with an equalization fund: evidence from Colombia. *Health Economics*. 2003;12(3):231-46.
- .۲۸ Trujillo AJ, Portillo JE, Vernon JA. The impact of subsidized health insurance for the poor: evaluating the Colombian experience using propensity score

matching. International journal of health care finance and economics. 2005;5(3):211-39.

۲۹ Wagstaff A, Lindelow M, Jun G, Ling X, Juncheng Q. Extending health insurance to the rural population: An impact evaluation of China's new cooperative medical scheme. Journal of health economics. 2009;28(1):1-19.

۳۰ Wagstaff A, Yu S. Do health sector reforms have their intended impacts?: The World Bank's Health VIII project in Gansu province, China. Journal of health economics. 2007;26(3):505-35.

۳۱ Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M and Radaie Z. Islamic Republic of Iran's Multiple Indicator Demographic and Health Survey (IrMIDHS) 2010. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2012. [in Persian]

۳۲ Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M and Radaie Z. Islamic Republic of Iran's Multiple Indicator Demographic and Health Survey (IrMIDHS) 2010. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2012. [in Persian.]

۳۳ رئیسی پوران، قادری حسین، نصرت نژاد شیرین. رابطه متغیرهای کلان اقتصادی با میزان فروش بیمه نامه های درمان مکمل. مدیریت سلامت. ۱۰-۳۲: ۲۲(۳): ۳۱۸۲

۳۴ Bahadori M, Ravangard R, Rahmani H, Hajisaffar S. Prioritizing the performance indicators of a large insurance organization in Iran from the patients' perspective. Int J Collaborative Res Int Med Public Health. 2012;4:1392-8.

۳۵ وفایی نجارعلی، کریمی ایرج، صدقیانی ابراهیم. فرایند نظام اطلاعات بسته های خدمات بیمه ی درمان مکمل در کشورهای منتخب و ارائه ی الگو برای ایران. مدیریت اطلاعات سلامت. ۳(۱): ۱.

۳۶ صفدری رضا، قاضی سعیدی مرجان، گودینی آزاده، منجمی فرشید. مطالعه تطبیقی مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی در کشورهای امریکا و استرالیا و ایران.

۳۷. محمدعلی نژاد قربانعلی. مطالعه تطبیقی نظام های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی توسط سازمانهای بیمه گر در چند کشور منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران. مدیریت سلامت. ۲۰۰۰; ۳(۶): ۹۴-۱۴۴.
۳۸. دهنویه رضا، طیبی سیدجمال الدین، ملکی محمدرضا، رشیدیان آرش، نوری حکمت سمیه. معیارهای اطلاعاتی برای خدمات بسته بیمه درمان پایه در کشور از دیدگاه سازمان های بیمه گر پایه.
۳۹. Johar M. The impact of the Indonesian health card program: A matching estimator approach. *Journal of health economics*. 2009;28. ۵۳-۳۵:(۱)
۴۰. کاظمیان محمود، خسروی مجید. ارزیابی طرح بیمه‌ی درمان روستاییان بر اساس وضعیت عمومی عدالت. مدیریت اطلاعات سلامت. ۸(۴).
۴۱. Buchmueller TC, Grumbach K, Kronick R, Kahn JG. Book review: The effect of health insurance on medical care utilization and implications for insurance expansion: A review of the literature. *Medical Care Research and Review*. 2005;62(1):3-30.
۴۲. مطلق محمد اسماعیل، واثق سیدحسین، جعفری ناهید، کبیر محمدجواد، اعتماد کوروش، یاری پروین، محرابی یدالله. تعیین الگوی بهره مندی از نظام ارائه خدمت سلامت (بستری) در کشور در سال ۱۳۸۷.
۴۳. احمدی سجاده، صبوری خواه حمید، درویشی هدایت، جباری حبیب. تحلیل فضایی برخورداری استان های ایران در شاخص های سلامت
۴۴. خیاطان مهدی، نصیری پور امیر اشکان، امینی میلاد، محمدنژاد سید محسن. عوامل مؤثر بر دسترسی افراد به خدمات ارائه شده از دیدگاه کارکنان در مراکز بهداشتی درمانی شهری شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری. پیاورد سلامت. ۲۰۱۱; ۴(۳): ۲۷-۱۸.
۴۵. Bayat F, Vehkalahti MM, Zafarmand AH, Tala H. Impact of insurance scheme on adults' dental check-ups in a developing oral health care system. *European journal of dentistry*. 2008;2:3.
۴۶. نائل بفروائی ابراهیم، سمعی کیومرث، رستمی خامنه مریم. بررسی عدالت در توزیع امکانات درمانی سازمان تأمین اجتماعی و نیاز بیمه شدگان تحت پوشش

۴۷. باباشاهی سعیده، اکبری ساری علی، رشیدیان آرش، اولیایی منش علیرضا. دستمزد پزشکان بیمارستان های دولتی و خصوصی ایران پس از اصلاح تعرفه های خدمات تهاجمی و اعمال جراحی. مجله پژوهشی حکیم ۱۸-۲۱(۳):۳۲

۴۸. ابوالحلاج مسعود، باستانی بیوند، رمضانیان مریم. دستاوردهای حاصل از اجرای فاز اول اصلاحات مدیریت مالی نظام سلامت در واحدهای تحت پوشش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

۴۹. -Pouragha B, Pourreza A, Heydari H, Hassanzadeh Khak Mardani A, Akbari Sari A, Rahimi Foroushani A. Determinants of Physicians' Visits throughout the Different Provinces of Iran: A Case Study of the Population Covered by Social Security Organization. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2012, 21 (83): 65-78 [in Persian].

۵۰. Pouragha B, Khabiri R, Pourreza A, Zarei E. Behavior of under the Iranian Social Security Organization-Insured Persons on Utilization of Laboratory and Imaging Services. J Mazand Univ Med Sci 2013; 23(106): 38-47 [in Persian].

۵۱. عبدالملکی حجت اله، مهدوی مهین. تحلیل تأثیر شاخص های سلامت بر توسعه منطقه ای در ایران؛ رهیافت اقتصادسنجی داده های تلفیقی اخلاق زیستی، تابستان ۱۳۹۲، دوره ۳، شماره ۸

۵۲. Wagstaff A, Pradhan M. Health insurance impacts on health and nonmedical consumption in a developing country: World Bank Publications; 2005.

۵۳. Bauhoff S, Hotchkiss DR, Smith O. The impact of medical insurance for the poor in Georgia: a regression discontinuity approach. Health Economics. 2011;20(11):1362-78.

۵۴. Moghadam MN, Banshi M, Javar MA, Amiresmaili M, Ganjavi S. Iranian household financial protection against catastrophic health care expenditures. Iranian journal of public health. 2012;41(9):62.

۵۵ Mehroolhasani MH, Abolhalaj M, Nekoei Moghadam M, Dehnavieh R, Emami M. Systematic review of examining the implementation of accrual accounting in public sector and health system: challenges and solutions. *Health Information Management*. 2013;10(5):750-60.

۵۶ آیت‌اللهی سیدمحمد تقی، حسینی سیده مریم: تحلیل هزینه منفعت نظام بیمه‌های بهداشتی درمانی استان فارس در سال ۱۳۷۹. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، پاییز ۱۳۸۱، دوره ۶، شماره ۳، (۳۶-۴۴).

۵۷ صوفی مسلم، رشیدیان آرش، ابوالحسنی فرید، اکبری ساری علی، بازیار محمد: اندازه‌گیری مواجهه شدنی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت در سال ۱۳۸۰ در ایران: رویکرد سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی، بیمارستان، تابستان ۱۳۹۲، دوره ۱۲، شماره ۲، (۳۹-۵۰).

۵۸ آصف زاده سعید، علیجان زاده مهران، غلامعلی پور سجاده، فرزانه علی. خانوارهای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در شهرک مینو در قزوین. *مدیریت اطلاعات سلامت*.

۵۹ باباخانی محمد، راغ فرحسین. رابطه نابرابری درآمد و سلامت در ایران طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۵۵، مدیریت سلامت، پاییز ۱۳۸۸، دوره ۱۲، شماره ۳۷ (۹-۱۶).

۶۰ ارشادی علی، کریمی عبدالعلی. بررسی وضعیت فقر مطلق در ایران در سال‌های برنامه اول تا چهارم توسعه، دوره ۱، شماره ۱، بهار ۱۳۹۲، صفحه ۲۳-۴۲.

۶۱ RAGHFAR H, GHOLAMI S. Paper: HOUSEHOLDS'HEALTH EXPENDITURE INEQUALITY IN IRAN: 1984-2011.

۶۲ Zare H, Trujillo AJ, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades (1984-2010). *International journal for equity in health*. 2014;13(1):42.

۶۳ کاظمیان محمود، خسروی مجید. ارزیابی طرح بیمه‌ی درمان روستاییان بر اساس وضعیت عمومی عدالت مدیریت اطلاعات سلامت. دوره ۸، شماره ۴، (۸-۱۱).

۶۴ کاظمیان محمود، علی پور وحید. ارزیابی وضعیت حمایت‌های مالی و نقش دولت در سیاست‌های تأمین بیمه اجتماعی درمان برای بخش غیررسمی اشتغال. *مجله پژوهشی حکیم* ۱۳۸۹؛ ۱۳(۴): ۷۵-۲۶۷.

- ۶۵ احمدی علی محمد، نیک روان انیسه، ناصری علیرضا، عصارى عباس. عوامل مؤثر در پرداختهای مستقیم خانوارها در نظام سلامت ایران با استفاده از مدل رگرسیون دو بخشی. مدیریت سلامت، (۱-۳۸)
- ۶۶ Hajizadeh M, Nghiem · HS. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments? *Int J Health Care Finance Econ* 2011; 11: 267-285. DOI 10.1007/s10754-011-9099-1 21.
- ۶۷ Tofighi S, Asefzade S, Mamikhani J, Sadeghifar J. The Impact of Rural Health Insurance on Reduction of Catastrophic Health Expenditure (CHE). *J. Appl. Environ . Biol. Sci.* 2014; 4(5): 154-160.
- ۶۸ Abollahaj M, Hasani SA, Bastani P, Ramezani M, Kazemian M. Determinants of Catastrophic Health Expenditure in Iran. *Iranian J Publ Health*, 2013; 42, Supple.1: 55-60
- ۶۹ Raghfar H, Atrkar Roshan S, Atefi M. Measurement of the Fair Financial Contribution Index and Catastrophic Expenditures in Different Regions of Iran, 1984- 2010. *Hakim Research Journal* 2013; 16(3): 182- 191. [in Persian.
- ۷۰ Parmar D, Reinhold S, Souares A, Savadogo G, Sauerborn R. Does Community-Based Health Insurance Protect Household Assets? Evidence from Rural Africa. *Health services research.* 2012;47(2):819-39.
- ۷۱ Giedion U, Díaz BY, Alfonso EA, Savedoff WD. The impact of subsidized health insurance on health status and on access to and use of health services. From Few to many: ten Years of Health insurance Expansion in Colombia. 2009:47-74.
- ۷۲ Quimbo SA, Peabody JW, Shimkhada R, Florentino J, Solon O. Evidence of a causal link between health outcomes, insurance coverage, and a policy to expand access: experimental data from children in the Philippines. *Health Economics.* 2011;20(5):620-30.

## پیوست شماره ۱: چالش‌ها و راهکارها

جدول ۲- چالش‌های پوشش همگانی سلامت به تفکیک ابعاد پوشش همگانی

ملاحظات	راهکارهای موجود	چالش‌های موجود	ابعاد پوشش همگانی
	اجباری کردن بیمه پایه در کشور اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع ایجاد حس امنیت و رضایت خاطر در آحاد جامعه -بخصوص اقشار آسیب‌پذیر ایجاد کارت ملی سلامت ایجاد زیرساخت‌های لازم در جهت اجرای بیمه همگانی یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه سلامت	ضعف در سیاست‌گذاری ملی برای نظام سلامت مشخص نبودن تعداد دقیق بیمه‌شده‌ها و همپوشانی آمار سازمان‌های بیمه اجباری نبودن عضویت در صندوق‌های بیمه‌ای مشخص نبودن آمار دقیق بیمه نشده‌ها عدم وجود پرونده الکترونیک سلامت نبود زیرساخت‌های لازم در جهت اجرای بیمه همگانی سلامت	ابعاد پوشش همگانی  پوشش جمعیت
	اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع رسیدگی به اورژانس‌های بیمارستانی ادغام و هماهنگی بیشتر سازمان‌های بیمه‌گر و مشخص کردن تعرفه‌ها از سوی شورای	خلأ و نقصان در قوانین و مقررات بیمه‌ای تطابق نداشتن محصولات بیمه‌ای با تقاضای جامعه توجه نکردن به تربیت نیروهای متخصص و کارآمد و محدود بودن فعالیت‌های پژوهشی و تحقیقاتی در بسته بیمه پایه	پوشش خدمات



ملاحظات	راهکارهای موجود	چالش‌های موجود	ابعاد پوشش همگانی
	<p>عالی سلامت</p> <p>اجرائی شدن قانون برنامه پنجم توسعه در حوزه سلامت همگانی ساختن بیمه‌ی پایه درمان پوشش کامل نیازهای پایه‌ی درمان برای آحاد جامعه</p> <p>اجرائی کردن سیاست پیشگیری از بیماری</p> <p>استقرار طرح بیمه اجتماعی سلامت با نیروهای باتجربه و ماهر با ظرفیت‌هایی در نگهداری سوابق، گردش عملیات بانکی و پردازش اطلاعات</p> <p>پوشش گسترده و جامع خدمات سلامت توسط بیمه سلامت</p> <p>افزایش سطح کیفیت درمان</p> <p>تدوین ضوابط نظارت بر کمیت و کیفیت ارائه‌ی خدمات به‌طور مستقیم و غیرمستقیم</p> <p>تدوین استانداردها، پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی و چگونگی اجرای</p> <p>تدوین ضوابط مربوط به رسیدگی به اسناد پزشکی و درنهایت تدوین</p>	<p>ضعف سازمان‌های بیمه‌گر در اطلاع‌رسانی جامع نسبت به انواع و تبصره‌های بیمه‌ای</p> <p>ناکارآمدی در تدارک مراقبت‌های سلامت</p> <p>پوشش ضعیف بیماری‌های مزمن و مراقبت‌های پیشگیرانه</p> <p>دسترس نبودن راهنماهای بالینی معتبر و مبتنی بر شواهدی</p> <p>گذار اپیدمیولوژیک و جمعیتی الگوی مصرف ناصحیح از خدمات سلامتی من جمله دارو و آزمایش</p> <p>دسترسی نامناسب به خدمات سلامتی</p> <p>عدم وجود دیدگاه سلامت‌نگر در ارائه خدمات بیمه سلامت</p> <p>بار مراجعات نامربوط و فرساینده به ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی و فوق تخصصی</p> <p>تقویت و ارتقاء نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی به پستوانه پزشک خانواده، امکان طراحی و تضمین اجرای مراقبت‌های مدیریت‌شده و همچنین بهبود نظام مراقبت و ثبت</p>	<p>پوشش خدمات</p>

ملاحظات	راهکارهای موجود	چالش‌های موجود	ابعاد پوشش همگانی
	<p>ضوابط مربوط به احراز صلاحیت مراکز درمانی</p> <p>بکارگیری بهینه نیروهای تحصیل کرده و ماهر پزشکی و پیراپزشک و جلوگیری از اتلاف منابع انسانی</p> <p>غفلت از شنیدن صدای مشتری</p> <p>تعیین بسته خدمتی پایه با روش علمی با هدف الف: کاهش میزان پرداخت از جیب مردم و ب: اجازه دادن به سایر سازمان‌ها برای رقابت در مورد خدمات مکمل</p>	<p>بیماری‌ها</p> <p>۱- ضعف در سیاست‌گذاری ملی برای نظام سلامت</p> <p>چالش مدیریت منابع انسانی</p> <p>عدم پوشش یا پوشش ناکافی خدمات</p> <p>منابع مالی بر مبنای مشکلات سلامت الویت‌گذاری نمی‌شوند</p> <p>بودجه‌ریزی به روش سنتی انجام می‌گیرد</p> <p>وجود دستگاه‌های متعدد در تصمیم‌گیری برای تعیین تعرفه‌های درمانی</p> <p>وجود بدهی‌های معوق بیمه‌ای به سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمت باعث کاهش انگیزه نیروی انسانی دولتی و کاهش کیفیت خدمات شده است</p> <p>پاسخگو نبودن نظام سلامت با افزایش انتظارات و تقاضاهای رو به رشد جامعه</p>	پوشش خدمات
	<p>بهبود سطح عمومی درآمد و نرخ رشد اقتصادی</p> <p>بهبود اندازه نسبی</p>	<p>فقیران بیشترین بار بیماری‌ها را بدوش می‌کشند ولی سهم کمتری از مراقبت‌های سلامت دارند</p>	پوشش محافظت مالی

ملاحظات	راهکارهای موجود	چالش‌های موجود	ابعاد پوشش همگانی
	<p>بخش‌های رسمی و غیررسمی اقتصاد است که نقش عمده‌ای در نحوه جمع‌آوری حق بیمه‌ها داراست</p> <p>افزایش سطح همبستگی اجتماعی درون جامعه</p> <p>اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع</p> <p>واقعی کردن هزینه‌های درمان از جیب مردم</p> <p>اجزایی شدن قانون برنامه پنجم توسعه در حوزه سلامت</p> <p>همگانی ساختن بیمه‌ی پایه درمان</p> <p>کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان</p> <p>افزایش سطح کیفیت درمان و کاهش مراجعات مجدد بیمار</p> <p>ارتقا و بازنگری بسته‌ی بیمه‌ی پایه حداقل نابرابری‌های درآمدی به علامت باز توزیع خوب</p> <p>جذب بودجه بیشتر برای سلامت</p> <p>یا ایجاد تنوع در منابع مالی</p> <p>تعیین سلامت به‌عنوان مهم‌ترین اولویت در هزینه‌های فعلی دولت</p>	<p>تأمین مالی ناپایدار</p> <p>ضعف در ارزیابی فن‌آوری‌های سلامت (HTA)</p> <p>نبود دیدگاه راهبردی مؤثر برای تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی</p> <p>ظرفیت محدود دولت‌ها در صادرات غیرنفتی به‌منظور جمع‌آوری مالیات‌ها در جهت ایجاد فضای مالی لازم برای ارائه خدمات بهداشتی اجتماعی مناسب به مردم</p> <p>رشد بی‌رویه‌ی بخش خصوصی که منجر به تقاضاهای القاء شده توسط ارائه‌کنندگان خدمات می‌شود</p> <p>دشواری گسترش چتر حمایتی خدمات سلامت اجتماعی به بخش غیررسمی</p> <p>قابلیت‌های محدود در استفاده منطقی از منابع کمیاب، شامل اولویت‌بندی و به‌کارگیری فن‌آوری</p> <p>نظام پرداخت نامناسب و هزینه‌های بالا</p> <p>۱- ضعف در سیاست‌گذاری ملی</p>	<p>پوشش محافظت مالی</p>

ملاحظات	راهکارهای موجود	چالش‌های موجود	ابعاد پوشش همگانی
	<p>بهبود کنترل کیفیت و ارتقای بهره‌وری بیمارستان و انتخاب مداخلات درمانی مناسب</p> <p>ایجاد طرح‌های پیش‌پرداخت رواج و حمایت از سیاست خریداری راهبردی</p> <p>برقراری هماهنگی میان شرکای ملی و بین‌المللی و بهبود اثربخشی کمک‌های سلامت</p> <p>پایش و ارزیابی عدالت و پوشش فراگیر خدمات</p> <p>ارائه خدمات یکپارچه توسط تیم سلامت و اجتناب از انجام فعالیت‌های موازی و بعضاً در تقابل با یکدیگر توسط ارائه‌دهندگان خدمت و جلوگیری از سودجویی یا رانت‌خواری در حوزه سلامت</p> <p>تمرکز وزارت بهداشت بر مأموریت بهداشت و درمان، کوچک‌سازی وزارت به ساختاری متشکل از خبرگان اعم از افراد متبحر در زمینه‌های «بالینی، اپیدمیولوژی، مدیریت</p>	<p>برای نظام سلامت هدفمند نبودن یارانه‌ها</p> <p>غیرعلمی بودن روش محاسبه حق بیمه</p> <p>تعارف غیرواقعی و پرداخت‌های زیرمیزی</p> <p>حساس نبودن ارائه‌کنندگان نسبت به هزینه</p> <p>غالب بودن نظام پرداخت کارانه در نظام سلامت</p> <p>افزایش سریع در رشد هزینه‌های بهداشت و درمان</p> <p>پوشش فرانشیز خدمات بیمه‌ای توسط بیمه‌های مکمل</p> <p>پایین بودن سهم بخش دولتی از هزینه‌های بهداشت درمان</p> <p>عدم توجه مجریان و سیاست‌گذاران به قیمت تمام‌شده خدمات برای تعیین سهم سرانه از سوی دولت</p> <p>بدهی جمعی دولت در طی سال‌ها به سازمان‌های بیمه‌گر</p>	<p>پوشش محافظت مالی</p>

ملاحظات	راهکارهای موجود	چالش‌های موجود	ابعاد پوشش همگانی
	<p>خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد سلامت و مدیریت مالی، پزشکی اجتماعی، ارزیابی و مدیریت فناوری، آموزش بهداشت»</p> <p>منطقی بودن شیوه تأمین مالی و پیشینه کردن سهم بخش عمومی (مالیات مرکزی و محلی، مشارکت بیمه‌ها) نسبت به سهم پرداخت از جیب مردم در تأمین مالی خدمات سلامت است</p>		<p>پوشش محافظت مالی</p>
	<p>ایجاد بانک‌های داده‌ای مناسب برای شناسایی و کاستن از رفتارهای مضر تقسیم پول طراحی و اجرای برنامه‌ی خدمات بیمه‌ی سلامت به صورت یکپارچه مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با پرونده‌ی الکترونیکی سلامت</p> <p>تمرکز وزارت بهداشت بر مأموریت بهداشت و درمان، کوچک‌سازی وزارت به ساختاری متشکل از خبرگان اعم از افراد متبحر در زمینه‌های «بالینی، اپیدمیولوژی، مدیریت</p>	<p>دشواری در برخورد و ناتوانی نظام سلامت در کنترل رفتار مضر است که تحت عنوان تقسیم پول (fee splitting) شناخته می‌شود</p> <p>عدم وجود پرونده سلامت برای هر فرد و عدم ثبت اطلاعات مورد نیاز فقدان یک سیستم اطلاعاتی و پژوهشی فعال</p> <p>در حساب‌های ملی سلامت نبود تولید و زبان مشترک بین دستگاه‌های ذی ربط</p> <p>در گزارش‌های مرکز آمار در خصوص هزینه خانوار، نرم‌افزار HIS، گزارش‌های بخش</p>	<p>نظام اطلاعات پیش و ارزیابی پوشش همگانی</p>

ملاحظات	راهکارهای موجود	چالش‌های موجود	ابعاد پوشش همگانی
	<p>خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد سلامت و مدیریت مالی، پزشکی اجتماعی، ارزیابی و مدیریت فناوری، آموزش بهداشت»</p>	<p>ارائه‌دهندگان خصوصی بیشترین چالش اطلاعاتی وجود دارد با اطلاعات موجود محاسبه جدول تعاملی آژانس‌های مالی با ارائه‌کنندگان خدمات و همچنین ارائه‌دهندگان خدمات و نوع خدمات قابل استخراج نیست</p> <p>۱- ضعف در سیاست‌گذاری ملی برای نظام سلامت</p>	<p>نظام اطلاعات پایش و ارزیابی پوشش همگانی</p>

## پیوست شماره ۲: شاخص‌های ارزیابی پوشش همگانی

جدول ۳- شاخص ارزیابی پوشش همگانی سلامت

ردیف	نام شاخص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
۱	جمعیت شهری و روستایی	*			موجود	۷۴۷۳۳۲۳۰	۱۳۸۹
۲	میزان رشد سالانه جمعیت	*			موجود	۱/۶	۱۳۸۶
۳	نوزادان با وزن تولد پایین	*	*		موجود	۴/۷۴	۱۳۸۹
۴	نوزادان وزن شده در زمان تولد	*	*		موجود	۹۳/۳۹	۱۳۸۹
۵	نسبت مرگ کودکان زیر پنج سال	*	*		موجود	۲۲/۵۲	۱۳۸۹
۶	مرگ نوزادان زیر یک ماه	*	*		موجود	۱۵/۲۹	۱۳۸۹
۷	نسبت مرگ کودکان زیر یک سال	*	*		موجود	۲۳/۳۲	۱۳۸۹
۸	میزان مرگ مادران	*	*		موجود	۲۵	۱۳۸۴
۹	نرخ خام زادوولد در هزار نفر	*			موجود	۱۷	۱۳۸۶
۱۰	نرخ خام مرگ و میر در هزار نفر	*	*		موجود	۴/۹	۱۳۸۶
۱۱	مرگ و میر ناشی از سرطان در هر صد هزار نفر	*	*		موجود	۱۱۳	۲۰۰۲
۱۲	مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیر واگیر در هر صد هزار نفر	*	*		موجود	۷۴۲	۲۰۰۲
۱۳	مرگ و میر ناشی از جراحات و صدمات در هر صد هزار نفر	*	*		موجود	۱۳۳	۲۰۰۲
۱۴	میزان حادثه منجر نشده به مرگ	*	*		ناموجود	۲۴/۳	۱۳۸۹
۱۵	میزان مرگ بزرگ سالان				موجود	۰/۱۴	۱۳۸۵
۱۶	روند کشوری مرگ مادران از	*	*		موجود	۲۴/۷	۱۳۸۵

ردیف	نام شاخص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
	عوارض بارداری و زایمان						
۱۷	مرگ ناشی از حوادث ترافیکی	*	*		موجود	۲۴/۶	۱۳۸۳
۱۸	مرگ ناشی از سکنه مغزی	*	*		موجود	۱۳/۲	۱۳۸۳
۱۹	مرگ ناشی از پیری	*	*		موجود	۶/۶	۱۳۸۳
۲۰	مرگ ناشی از مشکلات حول زایمان	*	*		موجود	۵/۵	۱۳۸۳
۲۱	مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی	*	*		موجود	۳/۷	۱۳۸۳
۲۲	مرگ ناشی از کم بودن وزن تولد	*	*		موجود	۲/۲	۱۳۸۳
۲۳	مرگ ناشی از فشارخون	*	*		موجود	۳/۲	۱۳۸۳
۲۴	مرگ ناشی از سرطان	*	*		موجود	۲/۲	۱۳۸۳
۲۵	مرگ ناشی از ناهنجاری‌های مادرزادی	*	*		موجود	۲/۶	۱۳۸۳
۲۶	مرگ ناشی از دیابت	*	*		موجود	۲/۵	۱۳۸۳
۲۷	شاخص میزان مرگ و میر ناشی از حوادث	*	*		موجود	۹/۳	۱۳۸۴
۲۸	شاخص میزان موارد خودکشی منجر به مرگ	*	*		موجود	۵/۲	۱۳۸۳
۲۹	شاخص میزان مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد	*	*		موجود	۳/۳۶	۱۳۸۵
۳۰	مرگ ناشی از بیماری‌های مزمن انسدادی ریه	*	*		موجود	۲/۳	۱۳۸۳
۳۱	شیوع کوتاه‌قدی	*	*		موجود	۶/۸۳	۱۳۸۹
۳۲	شیوع لاغری	*	*		موجود	۴	۱۳۸۹



ردیف	نام شاخص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
۳۳	شیوع کم‌وزنی در کودکان زیر پنج سال	*	*		موجود	۴/۰۸	۱۳۸۹
۳۴	شیوع بیماری‌های مزمن در زنان ۱۵-۴۵	*	*		موجود	۱۹/۹۹	۱۳۸۹
۳۵	میزان شیوع معلولیت	*	*		موجود	۱۷/۲۷	۱۳۸۹
						۱۷/۸	۱۳۸۵
۳۶	میزان پوشش برنامه ثبت سرطان	*	*	*	موجود	۷۶۱۵۹	۱۳۹۰
۳۷	شاخص شیوع دیابت	*	*	*	موجود	۲/۲۳	۱۳۸۵
۳۸	شاخص درصد جمعیت تحت پوشش برنامه دیابت	*	*	*	موجود	۸۲	۱۳۸۵
۳۹	شاخص درصد افراد دارای فشارخون بالا.	*	*	*	موجود	۶/۱	۱۳۸۳
۴۰	شاخص شیوع اختلالات روان‌پزشکی	*	*	*	موجود	۲۱	۱۳۷۸
۴۱	شاخص درصد شیوع افسردگی در جمعیت بالای ۱۵ ساله	*	*	*	موجود	۲۱	۱۳۷۸
۴۲	شاخص شیوع اختلالات اضطراب در جمعیت بالای ۱۵ ساله	*	*	*	موجود	۲۰/۸	۱۳۷۸
۴۳	شاخص میزان شیوع هموفیلی	*	*	*	موجود	۹/۲۲	۱۳۸۵
۴۴	شاخص میزان شیوع تالاسمی	*	*	*	موجود	۲۴/۹۱	۱۳۸۵
۴۵	شاخص شیوع ام‌اس	*	*	*	موجود	۱۶/۹۹	۱۳۸۶
۴۶	میزان بروز بیماری مالاریا	*	*	*	موجود	۰/۰۶	۱۳۸۹
۴۷	کودکانی که با شیر مادر تغذیه شده‌اند	*	*	*	موجود	۹۷/۴۴	۱۳۸۹

ردیف	نام اشخاص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
۴۸	شروع به موقع تغذیه با شیر مادر در یک ساعت اول بعد از تولد	*	*		موجود	۶۸/۷۰	۱۳۸۹
۴۹	تغذیه با شیر مادر تا ۶ ماهگی	*	*		موجود	۵۳/۱۳	۱۳۸۹
۵۰	شروع تغذیه تکمیلی در کودکان ۸-۶ ماه	*	*		موجود	۷۵/۹۲	۱۳۸۹
۵۱	تداوم تغذیه با شیر مادر در ۱۲-۱۵ ماهگی	*	*		موجود	۸۴/۲۲	۱۳۸۹
۵۲	تداوم تغذیه با شیر مادر ۲۰-۲۳ ماهگی	*	*		موجود	۱۵/۰۰	۱۳۸۹
۵۳	تغذیه با بطری	*	*		موجود	۳۱/۱۵	۱۳۸۹
۵۴	آگاهی صحیح درباره پیشگیری از ایدز	*	*		موجود	۳۱/۹۳	۱۳۸۹
۵۵	نگرش صحیح نسبت به افراد مبتلا به ایدز	*	*		موجود	۸/۹۹	۱۳۸۹
۵۶	زایمان‌های انجام شده در حضور مراقبان بهداشتی آموزش دیده	*	*		موجود	۹۶/۴۲	۱۳۸۹
۵۷	شیوه پیشگیری از بارداری در زنان ازدواج کرده	*	*		موجود	۷۷/۴۲	۱۳۸۹
۵۸	پوشش مراقبت‌های دوران بارداری	*	*		موجود	۹۶/۹۲	۱۳۸۹
۵۹	زایمان قبل از ۱۸ سالگی در زنان ۲۰-۲۴	*	*		موجود	۵/۱۶	۱۳۸۹
۶۰	نیاز برآورده نشده برای تنظیم خانواده	*	*		موجود	۵/۶۹	۱۳۸۹
۶۱	نیاز برآورده شده برای تنظیم	*	*		موجود	۷۷/۳۸	۱۳۸۹

ردیف	نام شاخص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
	خانواده						
۶۲	تقاضای برآورده شده برای تنظیم خانواده	*	*		موجود	۹۳/۱۵	۱۳۸۹
۶۳	مراقبت‌ها و آزمایش‌های دوران بارداری	*	*		ناموجود	۸۹/۲۱	۱۳۸۹
۶۴	زایمان‌های انجام شده در مراکز بهداشتی بخش دولتی و خصوصی	*	*		موجود	۹۵/۳۴	۱۳۸۹
۶۵	شاخص درصد زایمان به طریق سزارین	*	*		موجود	۴۰/۰۴	۱۳۸۴
						۴۵/۵۵	۱۳۸۹
۶۶	مراقبت پس از زایمان در زنانی که در دو سال قبل از مطالعه زایمان نوزاد زنده داشته‌اند	*	*		ناموجود	۷۳/۹۴	۱۳۸۹
۶۷	درصد زنانی که در دوران بارداری مکمل قرص آهن، اسیدفولیک و مولتی‌ویتامین دریافت کرده‌اند	*	*		ناموجود	۷۹/۳۰	۱۳۸۹
۶۸	نرخ باروری به ازای هریک زن	*			موجود	۱/۹	۱۳۸۶
۶۹	درصد رواج پیشگیری از بارداری	*	*		موجود	۶۰	۱۳۸۴
۷۰	درصد کل باروری افراد بالای ۱۵ سال		*		موجود	۸۲	۱۳۸۵
۷۱	درصد جمعیت زیر ۱۵ سال	*			موجود	۲۵/۱	۱۳۸۶
۷۲	درصد جمعیت ۶۵ سال و بالاتر	*			موجود	۵/۲	۱۳۸۶
۷۳	استفاده از سیستم دفع بهینه فاضلاب	*	*		موجود	۹۷/۸۹	۱۳۸۹
۷۴	دسترسی به منابع بهینه آب	*	*		موجود	۹۶/۸۱	۱۳۸۹

ردیف	نام شاخص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
	آشامیدنی						
۷۵	تعداد پزشک به ازای هر ده هزار نفر جمعیت	*	*		موجود	۸/۹	۱۳۸۴
۷۶	تعداد دندان پزشک به ازای هر ده هزار نفر جمعیت	*	*		موجود	۱۴/۱	۱۳۸۴
۷۷	تعداد دکتر داروساز به ازای هر ده هزار نفر جمعیت	*	*		موجود	۱/۹	۱۳۸۴
۷۸	تعداد پرستار و ماما به ازای هر ده هزار نفر جمعیت	*	*		موجود	۲/۱	۱۳۸۴
۷۹	شاخص تعداد کل تخت‌های روان پزشکی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	*	*		موجود	۲/۱	۱۳۸۵
۸۰	شاخص نسبت ماما به جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده	*	*		موجود	۱/۷	۱۳۸۵
۸۱	شاخص درصد پزشک خانواده موجود	*	*		موجود	۸۷/۴	۱۳۸۶
۸۲	شاخص نسبت تعداد پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده	*	*		موجود	۲/۳	۱۳۸۵
۸۳	شاخص نسبت پرستار به تعداد تخت فعال	*	*		موجود	۰/۶۶	۱۳۸۵
۸۴	شاخص تعداد آمبولانس پیش بیمارستانی نسبت به صد هزار نفر جمعیت	*	*		موجود	۳/۱۹	۱۳۸۸
۸۵	شاخص تعداد پایگاه‌های اورژانس	*	*		موجود	۱/۸	۱۳۸۵

ردیف	نام شاخص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
	به صد هزار نفر جمعیت						
۸۶	شاخص درصد خدمات اورژانس پیش بیمارستانی پوشش در حوادث ترافیکی	*	*		موجود	۴۳	۱۳۸۵
۸۷	شاخص نسبت بیمار همودیالیز به تخت دیالیز	*	*		موجود	۵۴/۱	۱۳۸۶
۸۸	شاخص تخت به ازای هزار نفر جمعیت	*	*		موجود	۱/۵	۱۳۸۵
۸۹	نسبت خانه بهداشت به جمعیت	*	*		موجود	۰/۷۶	۱۳۸۵
۹۰	نسبت مراکز بهداشت و درمانی روستایی به ازای هزار نفر جمعیت	*	*		موجود	۱/۰۸	۱۳۸۵
۹۱	نسبت مراکز بهداشت و درمانی شهری به ازای هزار نفر جمعیت	*	*		موجود	۰	۱۳۸۵
۹۲	نسبت پایگاه بهداشت شهری	*	*		موجود	۰/۳۲	۱۳۸۵
۹۳	بار مراجعه سرپایی برای هر ایرانی در سال	*	*		موجود	۸/۴	۱۳۸۱
۹۴	بار بستری در طول سال برای هر ایرانی	*	*		موجود	۰/۶۱	۱۳۸۱
۹۵	مراجعه جهت درمان موارد مشکوک به عفونت تنفسی	*	*		ناموجود	۷۵/۹۰	۱۳۸۹
۹۶	درمان آنتی بیوتیک جهت موارد مشکوک به عفونت حاد تنفسی	*	*		ناموجود	۶۲/۵۰	۱۳۸۹
۹۷	کودکانی که حداقل یک روز در هفته در معرض دود سیگار قرار	*	*		موجود	۲۶/۸۶	۱۳۸۹

ردیف	نام شاخص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
	می گیرند						
۹۸	پوشش واکسیناسیون در ایران	*	*		موجود	۹۹	۱۳۸۵
۹۹	شاخص درصد کارگاه‌های شناسایی شده	*	*		موجود	۸۳	۱۳۸۵
۱۰۰	شاخص درصد کارگاه‌های تحت پوشش	*	*		موجود	۸۵	۱۳۸۵
۱۰۱	شاخص درصد شاغلین تحت پوشش معاینات کارگری	*	*		موجود	۲۲	۱۳۸۵
۱۰۲	شاخص درصد کارگاه‌های دارای تشکیلات بهداشت حرفه‌ای	*	*		موجود	۴۷	۱۳۸۵
۱۰۳	شاخص درصد کارگاه‌هایی که عامل ارگونومیک در آنها کنترل گردیده	*	*		موجود	۳۰	۱۳۸۵
۱۰۴	درصد شاغلین شناسایی شده.	*	*		موجود	۲۹	۱۳۸۵
۱۰۵	شاخص درصد بیمارستان‌هایی که جمع‌آوری زباله آن‌ها مطلوب است	*	*		موجود	۹۸/۵	۱۳۸۵
۱۰۶	شاخص درصد دانش‌آموزان تحت پوشش برنامه سلامت نوجوانان و جوانان و مدارس	*	*		موجود	۶۹/۲	۱۳۸۵
۱۰۷	شاخص درصد دانش‌آموزانی که معاینه غربالگری شده‌اند	*	*		موجود	۷۱	۱۳۸۵
۱۰۸	درصد دانش‌آموزانی که معاینه پزشکی شده‌اند	*	*		موجود	۸۱/۱	۱۳۸۵
۱۰۹	درصد دانش‌آموزانی که دارای				موجود	۴/۱۶	۱۳۸۵

ردیف	نام شاخص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
	اختلال بینایی هستند						
۱۱۰	شاخص در صد دانش آموزانی که دارای اختلال شنوایی هستند	*	*		موجود	۰/۶۱	۱۳۸۵
۱۱۱	شاخص درصد جلسات دیالیز به روش بیکربنات به کل جلسات	*	*		موجود	۸۵	۱۳۸۵
۱۱۲	شاخص تعداد بخش‌های دیالیز خونی	*	*		موجود	۳۱۸	۱۳۸۵
۱۱۳	شاخص تعداد بخش‌های دیالیز صفاقی	*	*		موجود	۴۰	۱۳۸۵
۱۱۴	شاخص تعداد واحدهای فراهم آوری اعضای پیوندی	*	*		موجود	۱۴	۱۳۸۵
۱۱۵	شاخص پیوند کلیه از جسد	*	*		موجود	۲۴۳	۱۳۸۵
۱۱۶	شاخص میزان اهداء اعضا از جسد	*	*		موجود	۱/۸	۱۳۸۵
۱۱۷	آمادگی خانوار برای مواجهه با مخاطرات و بلايا	*	*		ناموجود	۳۹/۹۹	۱۳۸۹
۱۱۸	حوادث ترافیکی منجر به بستری	*	*		موجود	۵/۳۱	۱۳۸۹
۱۱۹	مجموع حوادث منجر به بستری	*	*		موجود	۸/۷۹	۱۳۸۹
۱۲۰	سرانه تولید ناخالص داخلی			*	موجود	۲۷۳۴	۱۳۸۳
۱۲۱	هزینه کل پرداختی در بخش سلامت			*	موجود	۲۱۲	۱۳۸۳
۱۲۲	درصد کل هزینه‌های سلامت در تولید ناخالص داخلی			*	موجود	۷/۸	۱۳۸۳
۱۲۳	درصد هزینه کردن دولت برای سلامت به نسبت کل هزینه سلامت			*	موجود	۵۵/۸	۱۳۸۳

ردیف	نام شاخص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
۱۲۴	سهم هزینه‌های بهداشت و درمان از کل هزینه‌های عمومی دولت			*	موجود	۳/۵	۱۳۸۵
۱۲۵	درصد بودجه وزارت بهداشت به کل بودجه دولت			*	موجود	۹/۲	۱۳۸۳
۱۲۶	سهم هزینه‌های بهداشت و درمان از کل هزینه‌های امور اجتماعی			*	موجود	۱۷/۷	۱۳۵۸
۱۲۷	درصد کلی جمعیت با دسترسی به خدمات سلامت	*	*	*	موجود	۹۸	۱۳۸۵
۱۲۸	پوشش بیمه پایه در جمعیت مورد مطالعه	*			موجود، عدم شفافیت	۸۳/۱۵	۱۳۸۹
۱۲۹	مشارکت بیمار در پرداخت خدمات پیشگیری و اولیه			*	موجود	۰	۱۳۸۵
۱۳۰	مشارکت بیمار در پرداخت ویزیت خصوصی			*	موجود	۵۰	۱۳۸۵
۱۳۱	مشارکت بیمار در پرداخت مراکز و درمانگاه‌های بیمارستان‌های عمومی			*	موجود	۳۰	۱۳۸۵
۱۳۲	مشارکت بیمار در پرداخت هزینه مراکز ملکی تأمین اجتماعی			*	موجود	۳۰	۱۳۸۵
۱۳۳	مشارکت بیمار در پرداخت هزینه داروخانه			*	موجود	۳۰	۱۳۸۵
۱۳۴	مشارکت بیمار در پرداخت هزینه مراکز عمومی آزمایشگاه و			*	موجود	۳۰	۱۳۸۵



ردیف	نام اشخاص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
	رادیولوژی						
۱۳۵	مشارکت بیمار در پرداخت هزینه مراکز خصوصی آزمایشگاه و رادیولوژی			*	موجود	۵۰	۱۳۸۵
۱۳۶	مشارکت بیمار در پرداخت هزینه مراقبت‌های بستری خصوصی			*	موجود	۱۰	۱۳۸۵
۱۳۷	درصد هزینه‌های جاری مراقبت‌های اولیه بهداشتی و سرپایی در بودجه عمومی دولت			*	موجود	۱۹	۱۳۸۷
۱۳۸	هزینه جاری خدمات درمانی سرپایی و تخصصی در به وجه عمومی دولت			*	موجود	۲۶/۰۱	۱۳۸۷
۱۳۹	هزینه‌های جاری خدمات توان‌بخشی و مراقبت‌های معلولین			*	موجود	۸/۲۹	۱۳۸۷
۱۴۰	هزینه‌های بیمه درمانی در بودجه عمومی دولت			*	موجود	۲۶/۵۵	۱۳۸۷
۱۴۱	سراجه بهداشت و درمان در بخش خصوصی			*	موجود	۱۰/۳	۱۳۸۷
۱۴۲	سراجه بهداشت و درمان در بخش دولتی			*	موجود	۱۰/۹	۱۳۸۷
۱۴۳	پرداخت از جیب خانوار برای سلامت			*	موجود	۵۲/۴	۱۳۸۷
۱۴۴	سراجه تولید ناخالص داخلی برحسب			*	موجود	۱۱۵۰۸	۲۰۰۹

ردیف	نام شاخص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
	PPP						
۱۴۵	شاخص فقر مطلق شهری			*	موجود	۱۵/۹	۱۳۸۸
۱۴۶	شاخص فقر مطلق روستایی			*	موجود	۲۷/۳۳	۱۳۸۸
۱۴۷	نسبت بیمارستان‌های دوستدار مادر و کودک	*	*			پیشنهادی	
۱۴۸	منصفانه بودن مشارکت در هزینه‌های سلامت			*		پیشنهادی	
۱۴۹	پوشش برنامه غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک	*	*			پیشنهادی	
۱۵۰	نسبت حاملگی پرخطر	*	*			پیشنهادی	
۱۵۱	خدمات و مراقبت‌های تغذیه‌ای	*	*			پیشنهادی	
۱۵۲	سرانه مصرف دارو در کشور بر اساس DID					پیشنهادی	
۱۵۳	تعداد خطاهای پزشکی	*	*			پیشنهادی	
۱۵۵	سرانه هزینه مراقبت غیر بستری			*		پیشنهادی	
۱۵۶	درصد خانوارهای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن			*		پیشنهادی	
۱۵۷	سهم هزینه‌های دارویی به کل هزینه‌های سلامت			*		پیشنهادی	
۱۵۷	متوسط هزینه‌های پرداخت شده توسط بیمه همگانی			*		پیشنهادی	
۱۵۹	نسبت رشد تعرفه‌های بیمه خدمات درمانی به رشد سطح عمومی			*		پیشنهادی	

ردیف	نام شاخص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
	قیمت‌ها						
۱۶۰	نسبت مراکز بهداشت و درمانی خودگردان	*	*			پیشنهادی	
۱۶۱	میزان پوشش بیمه درمان مکمل	*	*			پیشنهادی	
۱۶۲	میزان مرگ مغزی گزارش شده به جمعیت	*	*			پیشنهادی	
۱۶۳	میزان مرگ و میر بیمارستانی	*	*			پیشنهادی	
۱۶۴	پوشش قابل پذیرش بودن یک خدمت	*	*			پیشنهادی	
۱۶۵	پوشش اثربخشی	*				پیشنهادی	
۱۶۶	شاخص کاکوانی			*		پیشنهادی	
۱۶۷	شاخص مشارکت مالی عادلانه در تأمین منابع بخش سلامت FFCI			*		پیشنهادی	
۱۶۸	ضریب جینی			*		پیشنهادی	
۱۶۹	آنتروپی تعمیم یافته			*		پیشنهادی	
۱۷۰	شاخص‌های نابرابری اتیکسون			*		پیشنهادی	
۱۷۱	نسبت پراکنندگی (نابرابری)			*		پیشنهادی	
۱۷۲	سهم مصرف خانوار			*		پیشنهادی	
۱۷۳	منحنی لورنز			*		پیشنهادی	
۱۷۴	شاخص تمرکز بسط یافته			*		پیشنهادی	
۱۷۵	بهره‌مندی از خدمات سلامت	*	*	*		پیشنهادی	
۱۷۶	پاسخگویی و رضایت مشتری	*	*	*		پیشنهادی	
۱۷۷	رتبه کارآمدی نظام اجرای	*	*	*		پیشنهادی	

ردیف	نام اشخاص	پوشش جمعیت	پوشش خدمات	پوشش محافظت مالی	اطلاعات در سطح استانی و دانشگاه	درصد	سال
	سلامت						
۱۷۸	دانش سلامت جامعه	*	*			پیشنهادی	
۱۸۰	سهم هزینه مالی پرداخت از جیب OUP			*		پیشنهادی	
۱۸۱	درصدی جمعیت حاشیه نشین شهری	*	*			پیشنهادی	
۱۸۲	میزان بروز اختلال اضطرابی	*	*			پیشنهادی	
۱۸۳	میزان بروز عقب ماندگی ذهنی	*	*			پیشنهادی	
۱۸۴	میزان بروز خشونت	*	*			پیشنهادی	
۱۸۵	بروز مصرف الکل	*	*			پیشنهادی	
۱۸۶	سلامت معنوی	*	*			پیشنهادی	
۱۸۷	سلامت اجتماعی	*	*			پیشنهادی	
۱۸۸	پاسخگویی نظام سلامت	*	*	*		پیشنهادی	
۱۸۹	کیفیت زندگی	*	*			پیشنهادی	