

به نام خدا

نکات سی و نهمین جلسه از سلسله نشست های عصرانه داغ سلامت

موضوع: " بحث و بررسی چالش های پیش روی پژوهش در حوزه اقتصاد سلامت در ایران "

تاریخ: ۴ دی ماه ۱۴۰۲

این نشست مجازی-حضوری از ساعت ۱۵:۳۰ تا ۱۷:۳۰ در «سالن شهید حریرچیان (تالار تعالی)» دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی برگزار شد. این جلسه سومین جلسه عصرانه داغ سلامت است که با موضوع اقتصاد سلامت برگزار میشود. با توجه به ماموریت مرکز تحقیقات مدیریت اقتصاد سلامت و همچنین اهمیت بحث اقتصاد سلامت در کشور ۵ جلسه از نیم سال دوم عصرانه داغ سلامت را به این موضوع اختصاص داده شد که در جلسه اول جهت آشنایی با پیشکسوتان رشته و بررسی تاریخچه اقتصاد سلامت در کشور برگزار شد.

در جلسه دوم بحث های آموزشی مرتبط با حوزه اقتصاد سلامت و تغییرات کروکوم مقطع phd رشته اقتصاد سلامت و دلایل ایجاد تغییرات مطرح شد.

در این جلسه چالش های پژوهشی که در مقابل پژوهشگران این عرصه در کشور وجود دارد صحبت شد.

در ابتدای جلسه آقای دکتر رضایتمند به شرح فصل اول درسنامه اقتصاد سلامت پرداختند و طرح شماتیکی که از اقتصاد سلامت ترسیم شده بود را تفسیر کردند و بیان کردند که این طرح شماتیک موضوعاتی را که اقتصاد سلامت باید به آن بپردازد را مطرح می کند.

در حقیقت علم اقتصاد سلامت می تواند به حوزه های تعریف سلامت و شیوه ارزش گذاری آن و فاکتورهایی که روی آن اثر می گذارد و عرضه و تقاضای مراقبت سلامت و همچنین ارزشیابی در سطح خرد و کلان و در آخر بحث برنامه ریزی و بودجه ریزی بپردازد.

سوال اول: به نظر شما پژوهش هایی که تا حالا انجام شده است تا چه اندازه این حوزه ها را پوشش داده است و تمرکز پژوهش ها بر روی چه حوزه های بیشتر است؟

آقای دکتر رضایی: اگر ما پژوهش هایی که در حوزه اقتصاد سلامت در کشور انجام شده است را بررسی کنیم چه می شویم که درصد قابل توجهی از این حوزه ها را پوشش می دهند اما اما طبیعتاً یک سری بخش ها نتوانستیم به

خوبی پوشش بدهیم، برای مثال ما در حوزه ارزشیابی اقتصادی در سطح خرد، حوزه تعیین کنندگان سلامت، حوزه تقاضا برای سلامت، حوزه ارزش گذاری سلامت و بار اقتصادی مطالعاتی انجام داده ایم و تقریباً این حوزه‌ها را پوشش داده‌ایم اما برای مثال موضوعات اقتصاد بیمارستان، برنامه ریزی نیروی انسانی، برنامه ریزی و پایش بودجه، اقتصاد رفتاری در سیستم سلامت و اقتصاد دارو را فراموش کرده ایم و به درستی به آنها نپرداخته ایم.

نکته قابل توجه این است که در مقطعی از زمان یکسری موضوعات برجسته‌تر و تاپ‌تر بوده است و در نتیجه بیشتر به آنها پرداخته شده است برای مثال در دوره ای اکثراً به حوزه ارزیابی در سطح کلان می پرداختند. به نظر بنده دلیل این تمرکز در دوره‌های زمانی مختلف می‌تواند نکات زیر باشد؛

(۱) دسترسی به دیتاها برای ما خیلی اهمیت دارد و ما قبل از اینکه بخواهیم پژوهشی را انجام دهیم باید توجه کنیم که آیا دیتای آن مطالعه در اختیار ما قرار دارد یا خیر؟ به نظر من دلیل اصلی تمرکز ما بر حوزه‌هایی در دوره زمانی خاص بحث دسترسی ما دیتاها است.

(۲) در اختیار داشتن نیروی انسانی آشنا با متد مدنظر و همچنین ما باید به این نکته توجه کنیم که منابع مالی در اختیار ما نسبت به کشورهای دیگر بسیار محدود است.

خلاصه پاسخ این سوال را اینگونه می‌توانم جمع بندی کنم که ما در اکثر حوزه های اقتصاد سلامت متمرکز بودیم اما در بعضی از بخش‌ها نیز نتوانستیم که به نظرم مهم‌ترین دلیل آن می‌تواند دسترسی به دیتاها باشد و اگر دیتاهای مربوط به این حوزه‌ها را در اختیار داشتیم قطعاً می‌توانستیم وارد آن بخش‌ها نیز بشویم.

آقای دکتر درودی در پاسخ به سوال **آقای دکتر رضایتمند** این چنین پاسخ دادند: من هم فکر میکنم در حوزه های که اشاره شد که بحث ارزشیابی اقتصادی، بحث بازار مراقبت‌های سلامت یا ارزش گذاری‌های سلامت و پیامد ها، بحث عرضه و این‌ها، در هر کدام از این بخش‌ها مطالعاتی انجام شده است منتها در بعضی از این حوزه ها بیشتر بوده است. در بعضی از حوزه‌ها هم یا خیلی کم کار شده است یا کار نشده است. در حوزه‌های بار اقتصادی بیماری ها، هزینه‌های بیماری‌ها، مثلاً هزینه یابی بعضی از خدمات سلامت و ارزشیابی اقتصادی که آقای دکتر رضایی هم اشاره کردند و حالا یک دوره‌ای هم ارزش گذاری پیامدهای سلامت و عوامل موثر بر تقاضا کار شده و یک مقدار کارهایی در حوزه کارایی و نابرابری در دسترسی به خدمات انجام شده و البته خب این‌ها کامل نبوده است. و حالا حوزه‌هایی که تا حالا کار نشده یا کمتر کار شده است تا اونجایی که من می‌دونم، آقای دکتر رضایی اشاره کردند که در بیمارستان و در اقتصاد بیمارستان خیلی کم کار شده است که من هم با آقای دکتر موافق هستم. کلاً من فکر می‌کنم ما در زمینه عرضه مراقبت‌های سلامت و بازار مراقبت‌های سلامت خیلی کار نکرده‌ایم. ما در اقتصاد

خرد سلامت هم باز خیلی کار نکرده‌ایم و بیشتر کارهایی که در حوزه اقتصاد سلامت انجام شده است، کارهای کلان بوده است. دلیل اینکه چرا مطالعات در این حوزه‌ها بیشتر نبوده با تأکید بر صحبت‌ها و نظرات **دکتر رضایی**، بیشتر به دلیل عدم دسترسی به دیتا بوده است یا تأکید سیاستگذار برای انجام مطالعات در جهت خاصی بوده است. در ادامه **آقای دکتر گودرزی** به بحث اضافه شدند و نظر خود را درباره همین سوال مطرح کردند. **آقای دکتر گودرزی**: من نسبت به همکاران یکم نظرم خیلی موافق همکاران نیست که مطالعات خوبی انجام داده باشیم. یکی از دلایل کم کار کردن در این حوزه نوپا بودن این رشته هست و اینکه دانش‌آموختگان PhD این رشته کمتر از یک دهه هست که وارد بازار کار شدند. البته قطعاً عدم دسترسی به دیتا، اینکه سیاستگذار هم خیلی تمایلی نداشته و من پژوهشگر هم بنا به دلایلی نتونستم خیلی کارهایی که میخواستم رو انجام بدم، در نهایت همه این‌ها باهم باعث شده که تا الان به اون چیزی که مدنظرمون بوده نرسیدیم. به نظر من هم تمرکز روی مطالعات HDA و ارزشیابی اقتصادی و بار اقتصادی بوده. من هم موافقم که در بخش اقتصاد خرد سلامت مطالعات خیلی کم کار شده. مطالعاتی که منجر به سیاستگذاری بشه، منجر به باز طراحی یک سیاست جدید بشه که از گزارش‌های اقتصاد سلامت کمک بگیره، به نظرم این خیلی کمبودش احساس میشه. مثلاً در بحث درمان، یارانه به عرضه‌کننده ارائه میشه. آیا باید به عرضه‌کننده ارائه بشه یا مصرف‌کننده یا بیمه‌گر. در بحث اقتصاد کلان هم در مورد بازار نیروی کار خیلی خوب کار نکردیم. در بحث حساب‌های ملی سلامت که شاید مربوط باشه با بحث تأمین مالی که ما در این حوزه‌ها هم خوب کار نکردیم و مطالعه انجام ندادیم. برای مثال در بحث عدالت و کارایی، من خودم در حوزه کارایی مطالعاتی را انجام دادم ولی چون مطالعات توصیفی بودند، به درد سیاستگذار نمی‌خورد. پس در این بحث هم اصلاً خوب کار نکردیم. در ادامه **آقای دکتر رضایتمند** بحث رو جمع بندی کردند و دوباره همین سوال را از **آقای دکتر اکبری ساری** پرسیدند و ایشان به این شکل پاسخ دادند: ما در سال گذشته در پزشکی خانواده یک مرور جامع در موسسه ملی سلامت سفارش دادیم که آقای دکتر فرید ابولحسنی و تعدادی از همکارانشان آن را انجام دادند. حدود ۵۰۰ مقاله در طی سال‌های قبل درباره پزشکی خانواده در ایران پیدا کردند و مرور کردند و شاید به جز ۲ الی ۳ مورد و شاید ۴،۵،۶ مورد از آن مقالات که آقای دکتر گودرزی اشاره کردند مطالعات توصیفی بعد مطالعات مقطعی. و مطالعات اقتصاد سلامت، این مطالعات خیلی کم بودند و همان تعداد کم که وجود داشت که خدمتتان عرض کردم از جنس مطالعات نسبتاً ساده‌تر و ملموس‌تر بود.

دکتر رضایتمند فرمودند که در حقیقت سوال دومون اینه که محققان حوزه سلامت در کشور برای کارهای پژوهشیشون با چه چالش‌هایی مواجه هستند و می‌خوایم این سوال رو از شما شروع بکنیم که حالا طبق صحبت‌های شما که دوستان هم اشاره داشتند، آنچنان که باید و شاید ما در این حوزه‌ها فعالیت می‌کردیم نکردیم

و تعبیر دکتر رضایی این بود که هر سری به طور مقطعی روی یک حوزه فوکوس کردیم که به قول ما اصفهانیا می‌گیم به نوکی به هر چیزی زده شده ولی اینکه اون عمق یا وسعت خودش رو داشته باشه متأسفانه اینجور نبوده است. آقای دکتر شما دلیل این اتفاق رو چی می‌دونید؟ مشکل ما مشکل دانشی، مهارتی، context است، داده هاست، یا مثلا مشکل عدم همکاری یا همراهی سیاستگذاران را داریم؟ چه چالشی باعث شده که ما با این وضعیتی که دوستان و حضرت عالی توصیف کردن مواجه باشیم؟

پاسخ آقای دکتر اکبری ساری این بود که به نظر من بزرگترین مشکل توی حکمرانی و توی مدیریت پژوهش کشور است چون همانطور که یه اشاره‌ای کردم پژوهش‌های اقتصاد سلامت در بیشتر کشورها به شکل تقاضا محور انجام می‌شود و زمانی که ما می‌خواهیم یک پژوهش تقاضا محور انجام دهیم باید نظام پژوهشی ما توی حیطه‌های مختلف کارآمد باشد و در کل عمده پژوهش‌های این شکلی از جنس پژوهش‌هایی هست که تقاضا محور هستند، در حالی که الان عمده پژوهش‌های نظام سلامت کشور عرضه محور هستند.

دکتر فردوسی اضافه کردند که ما دو نوع تقسیم‌بندی افقی و عمودی داریم و سه نوع تحقیق داریم یک نوع تحقیقات توصیفی و یک پله بالاتر تحقیقات تحلیلی و یک پله بالاتر از آن تحقیقات مداخله‌ای هستند حالا اگر بیایم اینجوری به تحقیقاتمون نگاه کنیم جواب خیلی واضح‌تر هست، ما تحقیقات توصیفی بسیار زیادی داریم شاید بالاتر از ۸۰-۹۰ درصد تحقیقات توصیفی هستند و تحلیلی هم یک مقداری داریم ولی مداخله‌ای خیلی کم داریم یعنی می‌خوام بگم اینجوری با تقسیم‌بندی عمودی نقص ما بیشتر مشخص میشه که در اینجا می‌فهمیم نقص ما در تحقیقات مداخله‌ای است. حالا چرا تحقیقات مداخله کم داریم؟ دلایل زیادی داره که به نظر من مهم‌ترینش اینه که اکثر تحقیقات دانشجویی هستش و اونم شرایط خاص خودشو داره از جمله محدودیت زمان.

دکتر رضایی بیان کردند: اینکه یک نکته رو عرض کنم که ما سوالمون این نبود که پژوهش‌ها خوبن بدن کاربردی هستند یا نیستند سوالمون این بود که کجاها متمرکزیم و چرا متمرکزیم و در همین حال روی چالش‌ها تمرکز کنیم، یعنی ما باید بر اساس منابع خودمون توانمندی‌های خودمون انتظاراتمون را در اون سطحی که هست کاهش بدیم. چالش‌هایی که ما داریم بیشتر کلی هستش و اینجوری نیست که فقط به بخش اقتصاد سلامت مربوط باشه و ما این مشکلات رو توی همه حوزه‌ها داریم. برای مثال مراکز تحقیقاتی کاربردی چیه؟ مراکز تحقیقاتی قراره یک واسطه باشه بین پژوهشگر و سیاستگذار که آیا این وظیفه را داره خوب انجام میده یا نه و یه مشکلی که ما داریم اینه که مراکز تحقیقاتی ما اون نقش واسطه‌گری که باید بین پژوهشگر و سیاستگذار را به صورت فعال ایفا کنند را انجام نمیدن و خیلی خوب نقششونو ایفا نمی‌کنند که این یکی از چالش‌ها و مشکلاتیه که ما داریم. یه چالش دیگه که ارتباط داره به این موضوع که ما پژوهش‌هامونو به عنوان یک هدف نگاه می‌کنیم و به عنوان یک

ابزار نیست. یک مشکل دیگه چیه تو بخش اقتصاد سلامت؟ نظر شخصی من اینه که مثلاً من وقتی می‌خوام یک پژوهش رو انجام بدم نگاه می‌کنم ببینم به چی علاقه دارم بعد به سرچ انجام میدم می‌بینم تو کشورهای متفاوت انجام شده تو مقالات متفاوت چاپ شده بعد میام می‌بینم دیتاش هست یا نه بعد انجام میدم، یعنی خیلی نمیام نگاه کنم که این پژوهشی که من دارم انجام میدم نیاز کشور هست یا نیست و این یکی از چالش‌های دیگه‌ایه که ما توی بخش اقتصاد سلامت باهاش مواجه هستیم. یکم جلوتر بریم سمت سیاستگذارها مون اینکه آیا ما مدیرانی داریم که اعتقاد داشته باشند به پژوهش و به نتایج اون پژوهش و دوماً اصلاً اینکه بدونن چه جوری از اون نتایج استفاده کنند. سیاستگذاری‌هایی که ما در سطح سلامت داریم انجام می‌دیم الان اکثرشون بر اساس شواهد هست.

اقای دکتر درودی دانشیار اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران در ادامه صحبت‌ها عرض کردند که: کلاً مشکل کشور ما این است که از نتایج تحقیقات خیلی استفاده نمی‌شود. البته در حوزه اقتصاد سلامت ما انتظار داریم که کاربردی تر باشد اما تعداد محدودی از نتایج مطالعاتی که ما انجام دادیم کاربردی هستند و تعداد بیشتری کاربردی نیست. بخشی از دلایل آن به خودمان مربوط میشود ولی بخش عمده آن مسائل زمینه‌ای که وجود دارد و دست ما هم نیست که بخواهیم برطرف کنیم. ولی ما می‌توانیم تلاش کنیم که پژوهش‌ها و کارهایمان را به سمتی ببریم که کاربردی تر شود. من فکر می‌کنم که بیشتر مشکل از سمت ما نیست بلکه به نظرم از بخش‌های دیگر است و مشکلی که وجود دارد این است که مسائل جاری آنها را به سمت سیاستگذار سوق می‌دهد.

پس از ایشان آقای دکتر رضایی دانشیار اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه گفتند: واقعا ما نتوانستیم مشکلاتی که در حوزه اقتصاد سلامت در سیستم سلامت داریم را حل کنیم. دلایلی برمیگردد به چالش‌های مربوط به آن.

قسمت اعظم آن بحث سیاستگذار و مدیر ما است به دلایل مختلف آیا ما از نظر کمی و از نظر کیفی نیروی انسانی خیلی مشکل نداریم. یک مثال واقعی بزنم یکی از مشکلاتی که ما در سیستم سلامت داریم بحث هزینه‌های کمرشکن است. ما چند تا مطالعه درباره هزینه‌های کمرشکن در کشور انجام دادیم که تعداد آنها خیلی زیاد است اما چرا مشکل حل نشده؟

به همان علتی که **دکتر گودرزی** و **دکتر درودی** اشاره کردند یعنی اینکه سیاست‌گذاران ما نمیتوانند خیلی مداخلات زیادی انجام دهد و نمیتوانند مستقل و مبتنی بر شواهد تصمیم‌گیری کنند.

برای مثال ما بعد از شرکت در فراخوان یک پروژه مرکز تحقیقاتی سازمان پژوهشی کشور و عقد قرار داد با آنها، کار پژوهشی را انجام دادیم و به هنگام ارائه گزارش دهی هیچ فردی از سازمان ارائه دهنده در جلسه حاضر نبود.

حتی بعد از تصویب و تسویه نهایی نیز سازمان ارائه دهنده گزارش را نخواندند. یعنی اصلاً برایشان اهمیتی نداشت که چه اتفاقی می افتد. صرفاً می خواستند طرحی درخواست دهند بودجه ای تصویب کنند و مشکل را از سر خود باز کنند. مهم ترین مشکلی که مطالعات حوزه اقتصاد سلامت نتوانستند حل کنند، مسائل اقتصادی حوزه سلامت است که به دو نکته ربط دارد:

۱_ اول اینکه به سیاستگذاران و مدیران آن.

۲_ دوم اینکه ما خیلی از نیروی متخصص اقتصاد سلامت در ساختار دانشگاه استفاده نمیکنیم.

برای مثال در همه دانشگاه ها در قسمت معاونت درمان، اقتصاد درمان را داریم که چند تا از دوستان متخصص این رشته میتوانند در آن پست مشغول به کار شوند اما شاهد آن هستیم که تعداد کمی از این دوستان در این جایگاه ها مشغول به کار هستند. این هم می تواند یک دلیلی باشد که ما نمی توانیم تاثیر بگذاریم و آن مفاهیم و ایده های اقتصادی که در ذهنمان داریم را وارد سیستم سلامت کنیم و از آن استفاده کنیم. ولی در کل باید به این دید نگاه کنیم که در این پازل هر بخش یکشری کمبود هایش دارد و با به نسبت کمبود هایش در این عدم تاثیر گذاری مقصر هستند.

گردآورندگان:

پریسا احمدی، آروین مشقی، زینب خاکپور، فرنیارنجبر، کیمیا پڑمان

دانشجویان کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی