

شماره ترتیب چاپ: ۸۹۶

شماره سابقه چاپ: —

شماره دفتر ثبت: ۴۱۸

دوره هفتم - سال دوم

۱۳۸۳-۱۳۸۴

تاریخ چاپ: ۱۳۸۴/۴/۶

اظهار نظر کارشناسی درباره طرح:  
«اجازه اعطای مجوز به بخش غیردولتی  
جهت تأسیس مراکز سی تی اسکن»



اظهار نظر کارشناسی درباره طرح:  
**«اجازه اعطای مجوز به بخش غیر دولتی جهت  
 تأسیس مراکز سی‌تی‌اسکن»**

**مقدمه و بیان مسأله**

بر اساس قانون سطح‌بندی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای تخصیص تسهیلات بهداشتی درمانی و تجهیزات پزشکی در شهرهای گوناگون سهمیه مشخصی را تعیین نمود و توزیع امکانات بر اساس آن صورت می‌گیرد. در این راستا برخی از مناطق از عدم تخصیص صحیح امکانات شکایت دارند. طرح اجازه اعطای مجوز به بخش غیردولتی جهت تأسیس مراکز سی‌تی‌اسکن را می‌توان عکس‌العملی در مقابل عدم توجه به این درخواست‌ها یا عدم توجیه صحیح مسئولان منطقه دانست. بر اساس ماده واحده این طرح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف است به اشخاص حقیقی و حقوقی غیردولتی دارای صلاحیت که مایل به سرمایه‌گذاری و تأسیس مراکز سی‌تی‌اسکن (در شهرهای مرکز شهرستان‌های کشور) می‌باشند پروانه و مجوز تأسیس سی‌تی‌اسکن اعطا نماید. این به این معناست که بخش خصوصی می‌تواند بدون نیاز به هرگونه مجوز اقدام به ورود تجهیزات گران‌قیمت سی‌تی‌اسکن نموده و وزارت بهداشت نیز صرفاً ملزم به تأیید این کار است.



**فهرست مطالب**

مقدمه و بیان مسأله .....	۲
۱. ویژگی‌های بازار سلامت .....	۳
۲. نگاهی به روند گسترش مراکز سی‌تی‌اسکن در کشور .....	۵
۳. طرح از منظر قوانین کشور .....	۸
۴. تأثیر افزایش مراکز بر سازمان‌های بیمه‌گر .....	۹
۵. تعرفه‌گذاری خدمات .....	۱۰
جمع‌بندی و نتیجه‌گیری .....	۱۱



## ۱. ویژگی‌های بازار سلامت

ارائه خدمات سلامت به علت دگرگونی سیمای سلامت و توسعه علوم و فناوری‌های جدید روز به روز پیچیده‌تر و گران‌تر می‌شود. با این وجود خدمات سلامت را به دلایل زیر نمی‌توان مثل بسیاری از کالاها و خدمات فقط به دست بازار آزاد سپرد.

پیش شرط‌های استقرار بازار آزاد و عملکرد مفید آن عبارتند از: رقابت‌پذیری، حاکمیت مشتری، آزاد در انتخاب، جریان آزاد اطلاعات و آگاهی مشتری، تصمیم‌گیری عقلایی، همگونی محصول، بازار کامل. به دلیل جنبه‌های ویژه بازار سلامت اجرای پیش شرط‌های فوق به علل زیر مشکل و در برخی موارد ناممکن است:

۱. بخش عمده‌ای از خدمات سلامت کالای عمومی است، جنبه همگانی دارد و رقابت‌ناپذیر است.

۲. حیاتی بودن خدمات سلامت و در نتیجه عدم حساسیت به تغییرات قیمت قدرت تصمیم‌گیری را در بسیار موارد از فرد می‌گیرد و به این دلیل حاکمیت مشتری مخدوش می‌شود.

۳. محدودیت واحدهای ارائه خدمات و حیاتی بودن خدمات سلامت می‌تواند باعث انحصار شود.

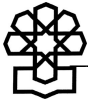
۴. عدم تقارن در اطلاعات بهداشتی و پزشکی بین عرضه‌کننده و دریافت‌کننده خدمت، قدرت تصمیم‌گیری و آزادی در انتخاب را از دریافت‌کننده خدمت می‌گیرد.

۵. حیاتی بودن خدمات سلامت و عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌دهنده و گیرنده خدمات زمینه ایجاد تقاضای القایی<sup>۱</sup> را فراهم می‌کند.

۶. آثار خارجی<sup>۲</sup> به‌طور گسترده‌ای در مراقبت‌های سلامت دیده می‌شوند.

۷. شواهد عینی مبین وجود عدم اطمینان گسترده‌ای در این بخش است.

1. induced demand  
2. Externality



۸. خدمات سلامتی ماهیت یکسانی ندارند و همگون نمی‌باشند.

۹. با پدیده افزایش فزاینده هزینه‌های سلامتی مواجه هستیم.

حیاتی بودن خدمات سلامت، عدم تقارن اطلاعات، عدم اطمینان و وضعیت انحصاری در ارائه آن‌ها، رقابت‌پذیری، آزادی در انتخاب و حاکمیت مشتری را به‌طور اساسی مخدوش می‌کند. نامتقارن بودن اطلاعات و تقاضای القایی بر آگاهی مشتری و تصمیم‌گیری عقلایی او تأثیر جدی دارد. آثار خارجی و ناهمگونی خدمات به ترتیب بازار ناکامل و محصول ناهمگون ایجاد می‌کنند و همچنین افزایش فزاینده هزینه‌های سلامتی آزاد در انتخاب و تصمیم‌گیری عقلایی مشتری را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا با توجه به عوامل فوق در ارائه خدمات سلامت با پدیده شکست بازار<sup>۱</sup> مواجه هستیم.

پیوسته و با حمایت حاکمیت ارائه شوند. بسیاری از بیماری‌ها واگیر دارند و بر سلامت سایر افراد تأثیر می‌گذارند. بسیاری از رفتارها نیز برای سایر افراد جامعه خطر دارند. در این مخاطرات عدم اطمینان بسیاری از نوع آسیب، هزینه و فرد مبتلا وجود دارد و در صورت ابتلا تحمل این هزینه‌ها برای فقرا اسفبار است.

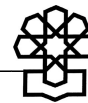
نظریه‌های اقتصادی، حوزه‌های متفاوتی را برای مداخله دولت در بخش سلامت معرفی می‌کند. این حوزه‌ها شامل اطمینان یافتن از تولید کالای عمومی، اصلاح یا تعدیل شرایط شکست، بازار در بیمه‌های درمانی، تنظیم قیمت‌ها، تأمین منابع کافی از طریق روش‌های عادلانه (بیمه اجتماعی یا تأمین مالی دولتی) و اعطای یارانه به مصرف‌کنندگان در جهت برابری در دسترسی به بسته خدمات پایه می‌باشد.

مداخله مناسب در این حوزه‌ها، می‌تواند متضمن یک یا چند نتیجه‌ای باشد که مردم توقع تأمین آن‌ها را از سوی نظام سلامت دارند. سلامتی مناسب، هزینه‌های پایین، رضایتمندی مصرف‌کنندگان و برابری هم از نظر دسترسی به خدمات سلامتی و هم از نظر تحمل بار مالی خرید خدمات. در واقع جهت‌گیری اصلی در اصلاح نظام

1. Market failure



رتبه	سال	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳
۸	بابل	-	۱	۱	۱	۲	۲	۲
۹	بندرعباس	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۰	بوشهر	۱	۱	۲	۲	۲	۲	۲
۱۱	بیرجند	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۲	تبریز	۲	۶	۸	۹	۹	۹	۹
۱۳	تهران	۸	۸	۱۰	۹	۹	۹	۹
۱۴	چهرم	-	-	۱	۱	۱	۱	۱
۱۵	رفسنجان	-	-	۰	-	۰	۰	۰
۱۶	زابل					۱	۱	۱
۱۷	زاهدان	۱	۴	۵	۵	۴	۵	۵
۱۸	زنجان	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۲
۱۹	سبزوار	-	۱	۱	۱	۱	۲	۲
۲۰	سمنان	۱	۱	۲	۲	۲	۲	۲
۲۱	شاهرود	-	-	۳	۱	۱	۱	۱
۲۲	شهرکرد	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۲۳	شهید بهشتی	۱۳	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۱۹	۲۳
۲۴	شیراز	۵	۶	۷	۷	۷	۷	۷



سلامت از دیدگاه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، عدالت اجتماعی و رفع تبعیض در دسترسی به خدمات سلامتی برای آحاد مردم و تضمین تأمین مالی به لحاظ بهره‌مندی برای گروه‌های آسیب‌پذیر به ویژه فقر است.

## ۲. نگاهی به روند گسترش مراکز سی‌تی‌اسکن در کشور

در فاصله سال‌های ۷۷ تا ۸۳ یعنی در عرض هفت سال مراکز سی‌تی‌اسکن در کشور رشدی در حدود ۱۱۴ درصد داشته‌اند و از ۷۷ مرکز به ۱۶۵ مرکز رسیده‌اند. البته این رشد در مناطق مختلف یکسان نبوده و سهم مناطق برخوردار بیش از مناطق محروم بوده است. (جدول ۱)

جدول ۱. توزیع فراوانی واحدهای سی‌تی‌اسکن کشور به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی

در خلال سال‌های ۱۳۷۷ الی ۱۳۸۳

رتبه	سال	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳
۱	اراک	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۲	اردبیل	۱	۱	۳	۳	۳	۳	۳
۳	ارومیه	۱	۱	۴	۴	۵	۵	۵
۴	اصفهان	۵	۴	۸	۷	۷	۷	۷
۵	اهواز	۴	۴	۸	۸	۸	۹	۹
۶	ایران	۱۰	۱۲	۱۶	۱۸	۱۹	۱۹	۱۹
۷	ایلام	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱



ردیف	سال دانشگاه	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳
۲۵	فسا	-	-	۰	-	۰	۰	۱
۲۶	قزوین	۱	۲	۲	۲	۲	۲	۲
۲۷	قم	-	۲	۲	۲	۳	۳	۳
۲۸	کاشان	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۲۹	کردستان	۱	۲	۳	۳	۳	۳	۳
۳۰	کرمان	۱	۲	۴	۴	۴	۴	۵
۳۱	کرمانشاه	۲	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۳۲	گلستان	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۳۳	گناباد	-	-	۰	-	۰	۰	۱
۳۴	گیلان	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
۳۵	لرستان	۱	۲	۳	۳	۳	۳	۳
۳۶	مازندران	۳	۴	۴	۵	۶	۶	۶
۳۷	مشهد	۳	۵	۸	۸	۸	۸	۱۲
۳۸	همدان	۱	۲	۴	۳	۳	۳	۴
۳۹	یاسوج	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۴۰	یزد	۱	۲	۳	۳	۴	۴	۴
جمع کل کشور		۷۷	۱۰۲	۱۴۱	۱۴۱	۱۴۸	۱۵۱	۱۶۵

منبع: آمارنامه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سال‌های ۱۳۷۷ الی ۱۳۸۳.



### ۳. طرح از منظر قوانین کشور

در ماده (۱۹۳) قانون برنامه سوم توسعه آمده بود که «به منظور تأمین و توزیع متعادل خدمات درمان بستری مناسب با نیاز در نقاط مختلف کشور، با در نظر گرفتن دو عامل مهم قابل دسترس بودن خدمات برای آحاد مردم و جلوگیری از سرمایه‌گذاری‌های خارج از حد نیاز، سطح‌بندی خدمات درمان بستری با جبران هزینه نقل و انتقال بیماران و حفظ سهم بستری بیماران اعزامی از سطوح پایین‌تر توسط دولت، حسب تخصص‌های مختلف و محل‌های استقرار آن، به تفکیک شهرستان صورت خواهد گرفت. هرگونه احداث، ایجاد، توسعه و تجهیز ظرفیت‌های درمان بستری کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات درمانی مطابق سطح‌بندی خدمات درمانی کشور خواهد بود. ضوابط و برنامه اجرایی سطح‌بندی خدمات درمان بستری کشور حداکثر طی مدت شش ماه از تاریخ تصویب این قانون مشترکاً توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.»

در تبصره «ب» این ماده نیز تصریح شده بود «در تطبیق ظرفیت‌های مناسب و مورد نیاز با ظرفیت‌های موجود، کل امکانات درمان بستری کشور اعم از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی، بانک‌ها و شرکت‌های دولتی، نیروهای مسلح، مؤسسات خیریه و خصوصی و سایر موارد به صورت یک مجموعه صرف‌نظر از مالکیت و مدیریت آن‌ها منظور خواهد شد.»

این ماده اساس طرح سطح بندی وزارت بهداشت بود که در قانون برنامه چهارم با تغییراتی مواجه گردید.

در ماده (۸۹) قانون برنامه چهارم آمده که «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و



منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارائه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور را مبتنی بر سطح‌بندی خدمات طراحی نماید. ایجاد، توسعه و تجهیز با تغییر در ظرفیت‌های پزشکی و درمانی کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارائه خدمات، مطابق با سطح‌بندی خدمات درمانی کشور انجام خواهد شد. احداث، ایجاد و توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی توسط دستگاه‌های موضوع ماده (۱۶۰) این قانون و نیروهای مسلح، صرفاً با تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیأت وزیران امکان‌پذیر خواهد بود».

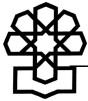
تبصره - مفاد این ماده شامل خدمات بهداشتی درمانی که از طریق سرمایه‌گذاری و اداره بخش خصوصی انجام می‌گردد، نمی‌باشد.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود براساس قانون برنامه چهارم سرمایه‌گذاری بخش خصوصی تابع نظام سطح‌بندی نیست و بر این اساس لزومی به قانونگذاری مجدد در این رابطه وجود ندارد.

#### ۴. تأثیر افزایش مراکز بر سازمان‌های بیمه‌گر

هزینه سلامت می‌تواند نامحدود باشد، هیچ جامعه‌ای توان اقتصادی تأمین چنین بودجه‌ای را ندارد بنابراین براساس توان اقتصادی، تعیین خدماتی که اولویت بیش‌تر دارند ضروری‌تر است. افزایش مراکز پاراکلینیک با ایجاد تقاضای القایی می‌تواند تأثیر بسیار نامطلوبی بر منابع سازمان‌های بیمه‌گر داشته باشد.

در جداول ۴-۲ تأثیر افزایش مراکز CTscan بر منابع سازمان تأمین اجتماعی در خلال یک سال آورده شده است.



جدول ۲. مقایسه تعداد واحدهای طرف قرارداد تعداد نسخ و هزینه پرداختی

#### مراکز CTscan سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲

سال ۱۳۸۱	سال ۱۳۸۲	CTscan
۱۳۵ مرکز	۱۴۷ مرکز	تعداد واحدهای طرف قرارداد
۲۱۰۰۰۰ عدد	۲۳۰۰۰۰ عدد	تعداد نسخ
۲۹ میلیارد ریال	۳۳ میلیارد ریال	هزینه پرداختی

جدول ۳. مقایسه در صد رشد تعداد نسخ و هزینه‌های پرداختی به

#### مراکز CTscan در طی سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲

در صد رشد ۱۳۸۱ به ۱۳۸۲	CTscan
٪۸	تعداد واحدهای طرف قرارداد
٪۹/۵	تعداد نسخ
٪۱۴	هزینه پرداختی

جدول ۴. مقایسه میانگین هزینه و هزینه‌های پرداختی به مراکز CTscan

#### در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲

سال ۱۳۸۱	سال ۱۳۸۲	CTsan
۱۳۸۰۰۰ ریال	۱۴۴۰۰۰ .. ریال	میانگین هزینه
۱۰۸۴۲۸ ریال	۱۳۲۰۰۰ ریال	سهم سازمان با احتساب ٪۷۰ تعرفه دولتی

#### ۵. تعرفه‌گذاری خدمات

تعرفه‌گذاری خدمات سلامت نقش بسیار عمده‌ای را در چگونگی ارائه خدمات برعهده دارد. روش‌های پرداخت برخی از رفتارها را برای کسب پول بیش‌تر تشویق می‌کند و یا مانع برخی رفتارهای دیگر می‌شود. آنچه اهمیت دارد این است که باید مراقب تأثیرات هر روش بر رفتار ارائه‌دهنده خدمت بود. با شناخت تأثیرات و پیامدهای هر

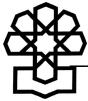


روش می‌توان در انتخاب روش مناسب و چگونگی برخورد با تأثیرات سوء آن تصمیم‌گیری کرد. در ایران متأسفانه به این نکته اساسی توجه نشده است و با اولویت دادن به خدمات پاراکلینیک عملاً به‌کارگیری این خدمات را تشویق کرده‌اند.

به عنوان مثال براساس کار علمی انجام گرفته در سازمان تأمین اجتماعی هزینه واقعی هر کلیشه MRI در سال ۱۳۸۱ در بخش خصوصی معادل ۳۲۰۵۵۵ ریال و در بخش دولتی بدون احتساب سود سرمایه و با لحاظ نمودن استهلاک و هزینه نگهداری ۲۱۹۶۶۷ ریال است. این در حالی است که میانگین هر کلیشه در این سال بر طبق تعرفه مصوب در بخش دولتی معادل ۵۰۰۰۰۰ ریال و در بخش خصوصی معادل ۷۵۰۰۰۰ ریال بوده است. این تفاوت فاحش باعث می‌گردد تمایل به سرمایه‌گذاری در این قسمت به خصوص در بخش خصوصی افزایش یابد و طبیعتاً ایجاد تقاضای القایی را در پی خواهد داشت. این در حالی است که با اصلاح نظام تعرفه‌گذاری و جدا نمودن تعرفه‌های کلینیکال (بالینی) از تکنیکال می‌توان به آسانی این رویه را اصلاح نمود.

### جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

۱. چندین مطالعه در کشورهای توسعه یافته به روشنی نشان داده‌اند که هر چند تفاوت ناچیزی در سطح سلامت جمعیت این کشورها وجود دارد، ولی تفاوت این کشورها در هزینه‌های بهداشتی - درمانی، تخصیص منابع و بهره‌مندی از خدمات بسیار بارز و چشمگیر است. برای نمونه تعداد دستگاه‌های MRI به ازای هر میلیون جمعیت کشور در کانادا یک و در ایالات متحد ۱۱/۳ است. با این حال تمام شاخص‌های سلامت کشور کانادا بهتر از ایالات متحد است. یعنی آن‌که قدرت خرید و توانایی بهره‌مندی آزادانه و مدیریت نشده از هر فناوری تشخیصی - درمانی موجود در بازار جهان، لزوماً به معنای بهتر بودن یا بهتر شدن وضع سلامت کشور نیست.



این در حالی است که سرانه بهداشت و درمان امریکا با هیچ کشوری قابل مقایسه نیست. سرانه این کشور در سال ۲۰۰۱ معادل ۴۸۸۷ دلار بوده در حالی‌که در همین سال سرانه کانادا ۲۱۶۳ دلار یعنی کم‌تر از نیمی از آن بوده است. وضعیت ایران با سرانه ۳۵۰ دلار در سال (یک سیزدهم امریکا) به هیچ وجه قابل مقایسه با امریکا (که برخی آن را به عنوان الگو معرفی می‌کنند) نبوده حتی با کانادا نیز قابل قیاس نیست.

۲. در تاریخ نظام‌های مدرن سلامت حتی در کشورهای مهد سرمایه‌داری هرگز با نظام‌های سلامت مانند دیگر بخش‌ها (که در آن‌ها هدف رویکردهای معطوف به بازار به حداکثر رساندن کارایی اقتصادی است) رفتار نشده است، علت آن است که در بخش سلامت نمی‌توان با سازوکارهای سنتی مبتنی بر بازار به کارایی در تخصیص دست یافت. نارسایی‌های شناخته شده بازار سلامت سبب شده‌اند که هم در کشورهای کم درآمد و هم در کشورهای پردرآمد دولت‌ها در بازار سلامت مداخله کنند.

۳. در عصر ما سریع‌ترین تغییرات در فناوری‌های درمانی در طول تاریخ رخ داده است: ۵۰ درصد از فناوری‌های تشخیصی و درمانی موجود ۱۰ سال پیش وجود نداشتند و می‌دانیم که این فناوری‌های نو بسیار گران‌بها هستند این نیز بدیهی است که تقاضای بهره‌مندی از این فناوری‌ها نامحدود و درآمد ملی محدود است و قادر نیستیم تمام فناوری‌های موجود در جهان را برای تمام شهروندان خود فراهم کنیم.

۴. سؤالی که مطرح می‌شود این است که چه کسی هزینه این فناوری‌های گران‌بها را خواهد پرداخت؟ آیا می‌توان ورود فناوری‌های نوین درمانی را به کشور آزاد گذاشت تا تمایل و توان پرداخت تعیین‌کننده بهره‌مندی از فناوری‌ها باشد به شرط آن‌که دولت هزینه آن را نپردازد؟ آیا به علت گرانی این فناوری‌ها فقط دهک دهم درآمدی جامعه (اغنیاء) متقاضی استفاده از آن خواهند بود؟ قطعاً پاسخ این سؤال منفی خواهد بود.

۵. در بسیاری از کشورهای کم درآمد که بخش خصوصی بسیار بزرگ و نظارت حاکمیت بر آن بسیار اندک است. پزشکان تجویزکننده خود در درآمد حاصل از



به‌کارگیری از این فناوری‌ها می‌تواند نفع‌های بسیار زیادی را برای بیماران مبتلا به سرطان و سایر بیماری‌ها ایجاد کند. همچنین، استفاده از این فناوری‌ها می‌تواند به کاهش هزینه‌های درمان و افزایش دقت تشخیص کمک کند. در ادامه، به بررسی مزایای این فناوری‌ها در زمینه‌های مختلف پزشکی خواهیم پرداخت.

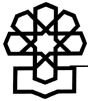
۶. مداخلات درمانی جدید (در مقایسه با دیگر فناوری‌ها) به ازای هزینه بسیار بالا منفعت بسیار کمی برای سلامت جامعه به همراه دارند. برای مقابله با هزینه روزافزون این تجهیزات، کشورهای پیشرفته که خود عمدتاً تولیدکننده این تجهیزات هستند روش‌هایی را در پیش گرفته‌اند:

الف) در تمام کشورهای توسعه یافته (حتی در برخی از ایالت‌های آمریکا) ورود، نصب و بهره‌برداری از تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای (مثل MRI و PET) نیازمند صدور گواهی نیاز از سوی دولت است.

ب) در بیش از ۴۰ کشور توسعه یافته واحدهای ارزیابی فناوری‌های سلامت با اعمال روش‌های علمی معیارهای به‌کارگیری این فناوری‌ها را تعیین می‌کنند.

۷. برای رفع معضل روند گسترش خدمات پاراکلینیک و فناوری‌های گران‌قیمت باید انگیزه مصارف غیرمنطقی و سرمایه‌گذاری‌های نامعقول را که باعث درخواست روزافزون تجهیزات پزشکی شده است را برطرف نمود. علت اصلی این موضوع نحوه صدور صد غلط تعرفه‌گذاری است (که انشاء... مغرضانه نبوده است) که باید به سرعت اصلاح گردد و تعرفه کلینیکال از تکنیکال جدا شود.

وقتی ویزیت یک متخصص قلب که ده دقیقه زمان می‌برد ۱۹۰۰۰ ریال است و همین متخصص برای انجام یک اکوکاردیوگرافی که همین زمان را می‌برد ۲۱۶۲۰۰ ریال دریافت می‌کند که تقریباً ۱۱ برابر ویزیت است چگونه انتظار داریم این اتفاقات رخ ندهد و استفاده از تجهیزات پزشکی کاذب افزایش نیابد؟! در واقع ما با



تعرفه‌گذاری اشتباه بالاجبار همه را در جهت القای مصرف بی‌رویه تجهیزات جدید مجبور کرده‌ایم. در نهایت باید گفت طرح به شکل فعلی هزینه‌های بالایی برای کشور در پی خواهد داشت بدون این‌که تأثیری در سلامت جامعه داشته باشد و پیشنهاد می‌شود اصلاح تعرفه‌ها هرچه سریع‌تر در دستور کار قرار گیرد با این وجود تا زمان اصلاح تعرفه‌ها متن ذیل را می‌توان به عنوان پیشنهاد جایگزین مطرح نمود:

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف است به اشخاص حقیقی و حقوقی غیردولتی دارای صلاحیت که مایل به سرمایه‌گذاری و تأسیس مراکز سی‌تی‌اسکن در شهرهای مرکز شهرستان‌های کشور می‌باشند با رعایت اصول علمی و فنی و نیازسنجی منطقه‌ای پروانه و مجوز تأسیس سی‌تی‌اسکن اعطا نماید.**

### منابع و مأخذ

۱. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳/۶/۱۱ مجلس شورای اسلامی.
۲. قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.
۳. تعرفه‌های اعلامی از سوی سازمان نظام پزشکی ۱۳۸۴/۲/۲۱.
۴. مصوبات هیأت وزیران در مورد تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۸۴.
۵. گزارش عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت، سید معاون رضوی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴.
۶. طرح ساماندهی، سطح‌بندی و نحوه عقد قرارداد با مراکز تصویربرداری، سازمان تأمین اجتماعی معاونت درمان سال ۱۳۸۲.





شماره مسلسل: ۷۴۵۵

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: اظهارنظر کارشناسی درباره طرح: «اجازه اعطای مجوز به بخش غیر دولتی جهت تأسیس مراکز سی تی اسکن»

**Report Title:** Researchal Opinion About Give Justification to Private Sector for Establishing CT Scan Center

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین: علی اخوان بهبهانی

ناظر علمی: محمدحسن طریقت

متقاضی: کمیسیون بهداشت و درمان

ویراستار: —

واژه‌های کلیدی و معادل انگلیسی آن‌ها:

۱. سی تی اسکن (CTscan)

۲. بخش خصوصی (Private Center)

منابع و مأخذ تهیه گزارش:

در انتهای گزارش درج شده است.