

## خلاصه گزارش بیست و پنجمین جلسه شورای آینده‌نگاری و نظریه‌پردازی سلامت فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

پنجشنبه ۱۳۹۲/۴/۲۷

### الف) مقدمه:

اقتصاددانان در تعریف اقتصاد مقاومتی می‌گویند: اقتصاد مقاومتی در رویارویی و تقابل با اقتصاد وابسته و مصرف‌کننده قرار دارد، و در مقابل اهداف اقتصاد سلطه‌ایستادگی می‌کند و سعی در تغییر ساختارهای اقتصادی موجود و بومی‌سازی آن بنابر جهان‌بینی و اهداف معین دارد. در بررسی مبانی مؤثر در استقرار اصول اقتصاد مقاومتی و با توجه به عملکردهای نظام سلامت، در راستای استقرار اقتصاد مقاومتی در نظام سلامت و دستیابی به اهداف آن دو مؤلفه اصلی استقرار عدالت در سلامت و اقدامات مرتبط با افزایش کارایی نظام سلامت مطرح می‌گردد. بدلیل اهمیت موضوع اقتصاد مقاومتی در سلامت و تأکید مقام معظم رهبری بر عملیاتی شدن آن در همه بخشهای کشور، شورای آینده‌نگاری و نظریه‌پردازی سلامت، جلسه بیست و پنجم را به بررسی این مهم اختصاص داد. نشست روز پنجشنبه از ساعت ۸ تا ۱۱:۳۰ با حضور وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و برخی از معاونین ایشان، مسئولین و نمایندگان وزارتخانه‌ها و نهادهای مرتبط و اکثر اعضای شورا در حضور ریاست محترم فرهنگستان تشکیل گردید.

### ب) موضوع:

اقتصاد مقاومتی در نظام سلامت

### ج) محورهای اصلی بحث:

۱. کلیات اقتصاد مقاومتی و اقتصاد مقاومتی در نظام سلامت
۲. راهبردها و راهکارهای استقرار اقتصاد مقاومتی در سلامت
۳. نقاط تأثیرگذار بر استقرار اقتصاد مقاومتی با تمرکز بر افزایش بهره‌وری در نظام سلامت
۴. عناوین فعالیت‌های مرتبط با اقتصاد مقاومتی در حوزه درمان

## د) چالش‌های اصلی:

۱. عدم تعریف و استقرار کامل یک نظام سلامت با تعریف، چارچوب و ارکان معین.
۲. عدم پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت.
۳. عدم شفاف سازی کامل در قوانین و مقررات.
۴. بالا بودن سهم هزینه‌های مردم از هزینه‌های سلامت.
۵. پرداخت‌های غیر واقعی و نابرابر در سیستم بهداشت و درمان به ویژه درمان.
۶. عدم برخورداری از یک برنامه جامع برای هم‌افزایی فعالیت‌ها، کاهش موازی‌کاری‌ها و جلوگیری از به هدر رفتن منابع.
۷. عدم برخورداری از یک نظام مطلوب تعریف شده از آموزش علوم پزشکی و بهداشت بر اساس شواهد و نیاز جامعه.
۸. ناکافی بودن سهم بخش سلامت از بودجه‌های عمومی.
۹. عدم نظارت مناسب بر عملکرد بخش‌ها و نهادهای مرتبط با سلامت توسط مجلس و وزارت بهداشت.
۱۰. تحمیل هزینه‌های القایی و بالا به بیماران به علت تجویز و اقدامات تشخیصی غیر ضروری توسط پزشکان.
۱۱. عدم رعایت راهنماهای درمانی موجود.
۱۲. زیاده‌خواهی جامعه پزشکی و دریافت خارج از تعرفه‌های تعیین شده و عدم نظارت صحیح بر عملکردها و روندها توسط وزارت بهداشت.
۱۳. فقدان زیر ساخت و روش مشخص برای تصمیم‌گیری و جلوگیری از مداخله‌های غیر کارشناسی در اقتصاد سلامت.
۱۴. کمبود افراد متخصص اقتصاد مقاومتی در حوزه سلامت و عدم استفاده مطلوب از مشارکت افراد متخصص موجود در سایر بخش‌ها.
۱۵. عدم اهتمام در عمل برای اصلاح موانع موجود در نظام سلامت.
۱۶. بی‌توجهی به تحولی بودن برنامه پزشک خانواده و کم توجهی به تأثیر آن بر سایر برنامه‌های نظام سلامت به ویژه نظام شبکه.
۱۷. افزایش بوروکراسی در وزارت بهداشت بدلیل استقرار و تمرکز برخی فرآیندهای مرتبط با سلامت و عدم واگذاری به دانشگاهها.
۱۸. جا به جا کردن منابع در بحث تولید منابع به جای اصلاح روند.
۱۹. برداشت ناصحیح از اصل ۴۴ و افزایش پرداخت مردم، به دلیل برون‌سپاری و واگذاری مدیریت و ارائه برخی خدمات به ویژه آزمایشگاهها به بخش خصوصی.

۲۰. عدم حمایت و تخصیص اعتبار کافی برای توسعه تولیدات مرتبط با سلامت در کشور.
۲۱. ناکارآمدی مدیریت و عملکرد سازمان حمایت از مصرف‌کننده در حمایت از تولیدات دارو، مواد و تجهیزات پزشکی داخلی.
۲۲. نبودن تعریف عملیاتی مشخص از اقتصاد مقاومتی در وزارت بهداشت.
۲۳. تمرکز وزارت بهداشت و منحصر کردن اقدامات اقتصاد مقاومتی در حوزه درمان و خدمات درمانی.
۲۴. کم توجهی مسئولین به کمبود واکسن و سرنگ مورد نیاز کشور و عدم اهتمام لازم برای تولید و تأمین واکسن.
۲۵. تمرکز فکر مسئولین وزارت بهداشت بر تهیه و تأمین برخی اقلام دارویی خاص مثل داروهای سرطان و منحصر کردن و برجسته کردن فن‌آوری به داروهای جدید و پیچیده.
۲۶. مدیکالیزه شدن سلامت مردم، بالا بودن هزینه‌های دارو و تجهیزات و دستمزدهای پزشکان.
۲۷. گرایش غیرمنطقی مسئولین به سرمایه‌گذاری و تخصیص منابع به گسترش تخصص و فوق تخصصی پزشکی در مقایسه با تأمین و توسعه مراقبت‌های اولیه بهداشتی مردم و غافل شدن از فن‌آوری‌های عظیم مثل بهورز.
۲۸. جهت‌گیری و تأکید پژوهش بر تولید دانش و عدم اهتمام کافی در تبدیل دانش فنی به تولید.
۲۹. غیرمنطقی هزینه شدن منابع حاصل از یارانه‌های پرداختی از سهم سلامت مردم.
۳۰. عدم استقرار برنامه پزشک خانواده در جایگاه تحولی به عنوان بخشی از نظام شبکه و آسیب‌های احتمالی و تخریب نظام شبکه به دلیل اجرای ناقص آن.
۳۱. حضور برخی کارکنان دولتی ناکارآمد و غیرمتعهد در بدنه سیستم سلامت و بوجود آمدن یک سیستم ناسالم، ناکارآمد و بوروکراتیک.
۳۲. غفلت و عدم هوشیاری کامل در برابر تهاجم آمریکا و غربیها و ترفندهای آنها در تخریب و تهدید خدمات فراگیر مراقبت‌های اولیه بهداشتی مردم، از جمله ترویج تخصص‌گرایی غیرمنطقی و القاء مصرف‌گرایی آنها.
۳۳. هزینه‌کردن منابع سهم بخش بهداشت در محل‌های دیگر به ویژه پرداخت در ستادها.

### پیشنهادات کلی:

۱. اتخاذ راهبردها و اقدامات نظام مند برای اصلاح تفکر و نگرش ارائه دهندگان خدمات سلامت برای عملی شدن محتوی برنامه پنجم توسعه.
۲. پیگیری انجام تکالیف قانونی تعیین شده در مواد و بندهای برنامه پنجم توسعه با محوریت ارتقاء بهره‌وری و عدالت در سلامت.
۳. نهادینه سازی قانون‌گرایی و قانون‌مداری و اجرای قانون برنامه پنجم توسعه برای تحقق اقتصاد مقاومتی و سلامت.

۴. برنامه‌ریزی و اقدام برای به صفر رساندن هزینه‌های تحمل‌ناپذیر سلامت و کاهش آسیب‌پذیری اقشار مختلف جامعه در برابر هزینه‌های سلامت.
۵. گسترش حداکثری عمق و نفوذ پوشش همگانی و تحقق دسترسی همگان به مراقبت‌های اولیه بهداشتی، از طریق اصلاحات و گسترش نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور به عنوان رویکرد و راهبرد جامع و با صلاحیت.
۶. پذیرش PHC به عنوان یک اصل درست که صلاحیت آن ثابت شده است. و اصلاح رویکرد استقرار برنامه پزشکی خانواده به عنوان بخشی از خدمات نظام شبکه.
۷. طراحی و اجرای برنامه کوتاه مدت برای کنترل وضعیت موجود در خدمات تشخیصی و درمانی.
۸. طراحی و اجرای برنامه‌های میان مدت برای اصلاح تعرفه‌های خدمات درمانی، نسخه‌نویسی و کنترل دقیق آنها و پرداخت بموقع تعرفه‌های قانونی توسط بیمه.
۹. بازبینی و اصلاح برنامه پزشکی خانواده به عنوان برنامه تحولی و بلند مدت و عملیاتی کردن آن.
۱۰. ارتقاء کارآمدی و عملکرد سازمان حمایت از مصرف‌کننده در راستای حمایت از تولیدات داخلی مربوط به سلامت.
۱۱. دسته‌بندی مباحث کلی اقتصاد مقاومتی و سلامت به موضوعات خرد و بررسی آنها در جلسات ویژه.
۱۲. واگذاری فرآیندهای قابل واگذاری وزارت بهداشت به دانشگاهها، بمنظور کاهش تمرکز.
۱۳. آموزش عمومی و افزایش سواد سلامت و توانمندسازی مردم برای کاهش هزینه‌ها و گسترش عدالت در سلامت از طریق مشارکت فعال و مداخله منطقی آنها.
۱۴. تدوین راهبردها و برنامه‌های اجرایی برای جلوگیری از هزینه تراشی‌ها، افزایش پایداری و ثبات در منابع.
۱۵. ساماندهی تولید و مصرف دارو و اولویت‌بندی ابعاد چهارگانه سلامت.
۱۶. پرهیز از کلی‌گوئیها، تعریف شاخصهای کمی و ایجاد مرکز اطلاعات سلامت و رصد برنامه‌ها.
۱۷. اصلاح الگوی مصرف در حوزه سلامت و جلوگیری از القاء جامعه پزشکی به مردم برای مصرف غیرمنطقی.
۱۸. تعیین و معرفی شرکتهای واردکننده تجهیزات پزشکی معتمد و دارای صلاحیت و نظارت کامل بر عملکرد آنها توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۱۹. تعریف و تدوین برنامه منطقی و کارآمد برای خرج کردن منابع حاصل از یارانه‌های پرداختی از سهم سلامت مردم.
۲۰. نظارت بر تخصیص بودجه و اعتبارات از محل عوارض اقلام و مواد آسیب‌رسان سلامت بهداشت و هزینه کردن آن توسط وزارت بهداشت.
۲۱. ضرورت تحقق بیمه، کاهش خطرپذیری اقتصاد و تسهیل و حمایت از ابتکار و نوآوری برای تحقق اقتصاد مقاومتی.

۲۲. پذیرش رویکرد تحولی نسبت به سهم سلامت در رشد اقتصادی و تدوین برنامه و ساز و کارها بر اساس آن.
۲۳. شناسایی اهداف، راهبردها و ابزار و برنامه‌های تهاجم دشمن از طریق القاء و فروش مواد، و تجهیزات پزشکی و اتخاذ راههای مقاومت در برابر هجوم آنها.
۲۴. لزوم بازنگری در آموزش پزشکی و رفع تناقضات موجود در نظام آموزش و تهیه راهنما و دستورالعمل‌های مشخص.
۲۵. اصلاح جهت‌گیری پژوهش و استفاده از فن‌آوری‌های سلامت برای کاهش هزینه‌های سلامت مثل بهورز که یک فن‌آوری مناسب و عظیم است.
۲۶. هشیاری کامل مسئولین در مقابله با اقدامات آسیب‌رسان سلامت توسط افراد و شرکت‌های سودجو و بکارگیری ترفندهای جایگزین آنها، مثلاً در مقابل تلاش و مبارزه با مصرف بی‌رویه شیر خشک، عرضه انواع شیر خشک رژیمی به بازار.
۲۷. اصلاح و تأکید بر کاربرد تعریف صحیح مفاهیم در عبارات مثلاً در موضوع عدالت در سلامت، منظور برخورداری مردم است، نه فقط دسترسی.
۲۸. ضرورت تعریف و ایجاد یک نظام سلامت با چارچوب، ارکان، سیستم پایش و هدایت مشخص با حضور متخصصان و صاحب‌نظران.
۲۹. تبیین همه فاکتورهای مربوط به Social Protection مثل evidence based و accountability.
۳۰. استقرار و ارتقاء برنامه‌های کشوری آموزش بهداشت و مراقبت از خود به مردم و در اولویت قراردادن آموزش و افزایش سواد سلامت در ارائه خدمات سلامت.
۳۱. تدوین و اجرای برنامه‌های فراگیر آموزشی برای تفهیم سلامت همه جانبه و اهمیت و اولویت مراقبتهای سلامت مردم به همه مسئولین دست‌اندرکار و پزشکان.
۳۲. ارزیابی اثربخشی دستگاهها و تجهیزات پزشکی و داروهای گران‌قیمت وارده و جلوگیری از ورود و بکارگیری اقلام وارده با اثر بخشی کم.
۳۳. تدوین بسته خدمات بر اساس شواهد علمی، استانداردهای سلامت بر اساس تحلیل نیازها و شرایط بومی کشور.
۳۴. جلوگیری از انجام فعالیتهای غیر استاندارد و کاهش استهلاک مادی و معنوی منابع موجود.
۳۵. اصلاح فساد ساختاری در رابطه بین ارائه‌کنندگان خدمات و تأمین‌کنندگان دارو و تجهیزات.
۳۶. حمایت از تولیدکنندگان داخلی با تشویق تولید داخلی و ممنوعیت مصرف تجهیزات خارجی در مواردی که مشابه داخلی دارند.
۳۷. احیا و پایدار کردن اعتبارات از هدفمندسازی یارانه‌ها و اعتبارات عوارض دخیانیت و نوشابه‌های گازدار.
۳۸. تحلیل نتایج و اثر بخشی توریست درمانی و بازنگری و تجدید نظر در گسترش این خدمات.

۳۹. ایجاد یک سیستم پاداش جدید که در آن سیاستهای پرداخت با ارتقای کیفیت، پیامد و کارایی نظام ارائه خدمات هماهنگ باشد.

۴۰. تعریف اقتصاد مقاومتی به عنوان یک سیاست کلی در وزارت بهداشت و پیش برد مرحله به مرحله آن.

۴۱. تشکیل کمیته اقتصاد مقاومتی و سلامت در وزارت بهداشت با حضور افراد متخصص و خبره برای بررسی و اجرایی شدن همه ابعاد اقتصاد مقاومتی و سلامت در کشور.

شورای آینده‌نگاری و نظریه‌پیرداری سلامت