

گزارش جلسات برگزار شده توسط گروه‌های علمی

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

گروه علمی آینده‌نگری، نظریه پردازی و رصد کلان سلامت تاریخ برگزاری جلسه: ۱۴۰۵/۳/۲۸

موضوع/ موضوعات جلسه: "چالش‌های تأمین مالی و هزینه‌های نظام سلامت"

جلسه مشترک گروه آینده‌نگری و شورای آینده‌نگاری و نظریه‌پردازی سلامت

خلاصه موضوع/ موضوعات مطرح شده در جلسه:

موضوعات مطرح شده در این جلسه بر محوریت تاب‌آوری نظام سلامت و امنیت سلامت استوار است. تاب‌آوری در معنای تولدایی سیستم برای پیش‌بینی، جذب، انطباق و یادگیری از تکنه‌های مختلف مانند بیماری‌های همه‌گیر، حوادث اقلیمی، حملات سایبری و بحران‌های اقتصادی تعریف شده است که هدف نهایی آن نه تنها بازگشت به حالت عادی، بلکه «حرکت رو به جلو» و اصلاح نابرابری‌های ساختاری است. امنیت سلامت نیز به مجموعه اقداماتی فراتر از کنترل بیماری‌های واگیر اطلاق می‌شود که از جمعیت در برابر تهدیدات حاد و فرامرزی محافظت می‌کند. در این میان، حکمرانی هوشمند و فراگیر به عنوان کلید اصلی عمل کرده و وظایفی چون تمرکززدایی، ایجاد شفافیت، پاسخگویی، مشارکت ذینفعان و حمایت از نیروی انسانی را برای تضمین تداوم خدمات ضروری و برقراری عدالت در دسترسی بر عهده دارد.

از سوی دیگر، در این جلسه به تحلیل دقیق چالش‌های تأمین مالی و پایداری منابع در نظام سلامت، به‌ویژه در ایران، پرداخته شد. مسائلی همچون بالا بودن سهم پرداخت از جیب مردم، ناپایداری منابع مالی تحت تأثیر تحریم‌ها، کاهش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و پراکندگی صندوق‌های بیمه‌ای از جمله موانع اصلی بر سر راه تاب‌آوری مالی بر شمرده شده‌اند. برای مقابله با این چالش‌ها، راهکارهای راهبردی نظیر خرید راهبردی خدمات سلامت، اصلاح نظام‌های پرداخت، توسعه کامل سلامت دیجیتال و پرونده الکترونیک و استقرار جدی نظام ارجاع و پزشک خانواده پیشنهاد شده است. همچنین بر ضرورت مدیریت بهینه منابع در سازمان‌هایی نظیر تأمین اجتماعی برای کنترل هزینه‌های فزاینده درمانی و جلوگیری از فرسایش سرمایه‌های انسانی و مالی تأکید شده است.

رئوس نتایج مذاکرات در جلسه:

۱. مفهوم نوین تاب‌آوری نظام سلامت: تاب‌آوری دیگر تنها به معنای «بازگشت به حالت عادی» پس از بحران نیست، بلکه در تعاریف مدرن، توانایی سیستم برای پیش‌بینی، جذب، انطباق و یادگیری از تکانه‌ها (مانند بیماری‌های همه‌گیر، حوادث اقلیمی و حملات سایبری) تعریف می‌شود. هدف نهایی تاب‌آوری، «حرکت رو به جلو» و استفاده از بحران‌ها به عنوان فرصتی برای اصلاح نابرابری‌های ساختاری و بازطراحی بنیادین نظام سلامت است تا تداوم خدمات ضروری و عدالت اجتماعی تضمین شود. در این مسیر، توجه به «تاب‌آوری روزمره» برای مقابله با تنش‌های مزمن مانند کمبود نیرو نیز به اندازه آمادگی برای شوک‌های بزرگ اهمیت دارد.

۲. امنیت سلامت و تهدیدات چندگانه: امنیت سلامت مفهومی فراتر از کنترل بیماری‌های واگیر است و به مجموعه اقدامات پیشگیرانه و واکنشی اطلاق می‌شود که از جمعیت در برابر تهدیدات حاد و فرامرزی محافظت

می‌کند. این تهدیدات شامل عوامل بیولوژیک (مانند کووید-۱۹)، مخاطرات شیمیایی و هسته‌ای، پیامدهای تغییرات اقلیمی و «همه‌گیری خاموش» مقاومت میکروبی هستند. تاب‌آوری به عنوان پیش‌شرط بنیادین امنیت سلامت عمل می‌کند؛ به طوری که بدون یک نظام تاب‌آور، امنیت سلامت کشور در روزهای نخست بحران به سرعت فرو می‌ریزد.

۳. حکمرانی هوشمند و فراگیر: حکمرانی کلید اصلی تاب‌آوری نظام سلامت است و وظایفی چون ایجاد شفافیت مالی، انضباط بودجه‌ای و مشارکت ذینفعان (از جمله بخش خصوصی و خیریه) را بر عهده دارد. حکمرانی هوشمند باید با تمرکززدایی و واگذاری اختیارات به سطوح محلی، پاسخگویی به تهدیدات را تسریع کرده و با ایجاد ساختارهای فرابخشی (مانند شورای عالی امنیت سلامت)، هماهنگی بین نهادهای مختلف را تضمین کند. همچنین ثبات سیاست‌ها و تدوین اسناد ملی بلندمدت برای جلوگیری از نوسانات مخرب در تغییر دولت‌ها از وظایف ذاتی حکمرانی است.

۴. چالش‌های تأمین مالی و پایداری منابع نظام سلامت ایران با چالش‌های جدی در تأمین مالی مواجه است که از جمله آن‌ها می‌توان به سهم بالای پرداخت از جیب مردم (OOP)، ناپایداری منابع تحت تأثیر تحریم‌ها و کاهش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP) اشاره کرد. پراکندگی صندوق‌های بیمه‌ای و عدم تناسب رشد منابع با هزینه‌های فزاینده درمانی، پایداری مالی را تهدید می‌کند. برای مقابله با این وضعیت، راهکارهایی نظیر وضع مالیات‌های سلامت‌محور (بر دخانیات و کالاهای آسیب‌رسان) و ایجاد صندوق‌های ذخیره ارزی برای مقابله با شوک‌های اقتصادی پیشنهاد شده است.

۵. تقویت زیرساخت‌های انسانی و دیجیتال: نیروی انسانی متخصص و باانگیزه، خط مقدم تاب‌آوری نظام سلامت محسوب می‌شود و حمایت روانی، مالی و حقوقی از آنان برای جلوگیری از فرسودگی شغلی ضروری است. از سوی دیگر، توسعه کامل سلامت دیجیتال، استقرار پرونده الکترونیک سلامت و استفاده از هوش مصنوعی برای پیش‌لحظه‌ای شاخص‌ها، امکان شناسایی زودهنگام تهدیدات و مدیریت بهینه منابع را فراهم می‌کند. فقدان سیستم‌های یکپارچه اطلاعاتی در حال حاضر یکی از نقاط ضعف اصلی در آمادگی مقابل بحران‌هاست.

۶. راهکارهای استراتژیک: برای اصلاح نظام برای ارتقای تاب‌آوری، گذار از رویکردهای واکنش‌گرا به آینده‌نگر الزامی است که شامل اجرای جدی نظام ارجاع و پزشک خانواده برای جلوگیری از اتلاف منابع می‌شود. خرید راهبردی خدمات سلامت، اصلاح نظام‌های پرداخت از مدل‌های سنتی به مدل‌های مبتنی بر عملکرد و ارزش و تقویت تولید داخلی اقلام ضروری مانند واکسن و دارو از دیگر راهکارهای کلیدی هستند. همچنین مبارزه با فساد و تعارض منافع در سطوح مدیریتی برای تضمین تخصیص عادلانه منابع محدود حیاتی است.

توصیه‌های مطرح شده برای پیگیری:

در بخش نخست، بر ضرورت وجود اراده سیاسی قوی برای تقویت مالکیت ملی و همکاری هوشمندانه با جامعه جهانی تأکید شده است. برای جلوگیری از نوسانات مخرب ناشی از تغییر دولت‌ها، تدوین اسناد ملی بلندمدت (افق ۱۰ تا ۲۰ ساله) الزامی است تا ثبات سیاست‌ها تضمین شود. همچنین، ایجاد ساختاری پاسخگو که در آن

مسئولیت هر نهاد در زمان بحران مشخص باشد، در کنار مشارکت فعال ذینفعان (شامل بخش خصوصی، پزشکان و پرستاران) و مبارزه جدی با تعارض منافع و فعالیت‌های انتفاعی هم‌زمان مدیران در بخش خصوصی و دولتی، از کلیدی‌ترین توصیه‌های حاکمیتی است.

در محور دوم، توصیه‌ها بر اصلاحات ساختاری در تأمین مالی و ارائه خدمات متمرکز شده است. راهکارهای عملیاتی شامل افزایش سهم سلامت از بودجه عمومی، وضع مالیات‌های سلامت‌محور بر کالاهای آسیب‌رسان (مانند دخانیات و نوشابه‌ها) برای ایجاد منابع پایدار و کاهش پرداخت از جیب مردم از طریق تقویت بیمه‌های پایه پیشنهاد شده است. همچنین، گذار از نظام پرداخت سنتی (FFS) به مدل‌های آینده‌نگر مبتنی بر عملکرد و ارزش، استقرار کامل نظام ارجاع و پزشک خانواده، توسعه پرونده الکترونیک سلامت و خرید راهبردی خدمات برای جلوگیری از اتلاف منابع، به عنوان گام‌های ضروری برای حفظ خدمات اساسی در شرایط بحران و تحریم توصیه شده است.

سایر موارد مهم:

روند سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP): آمارها نشان می‌دهد سهم کل هزینه‌های سلامت از GDP در ایران نوسانات قابل توجهی داشته است؛ این سهم از حدود ۶ درصد در سال ۱۳۹۰ به اوج ۸.۵ درصد در سال ۱۳۹۵ (پس از طرح تحول سلامت) رسید، اما پس از آن روند نزولی در پیش گرفت و در سال ۱۴۰۱ به حدود ۴ درصد کاهش یافت. این در حالی است که میانگین جهانی این شاخص حدود ۱۰.۴ درصد و میانگین کشورهای منطقه ۵.۲۶ درصد است که نشان‌دهنده فاصله معنادار ایران با استانداردهای جهانی و اهداف سند چشم‌انداز است.

جزئیات عاملین تأمین مالی و ارائه‌دهندگان خدمت: در سال ۱۴۰۲، بیشترین سهم تأمین مالی هزینه‌های سلامت متعلق به خانوارها (۳۵.۶ درصد) و پس از آن دولت (۲۶.۲ درصد) و سازمان تأمین اجتماعی (۱۶.۳ درصد) بوده است. از نظر ارائه‌دهندگان خدمت نیز، بیمارستان‌ها با ۳۰۹ همت، بیشترین سهم از هزینه‌ها را به خود اختصاص داده‌اند و پس از آن مراکز سرپایی (۲۴۶ همت) و داروخانه‌ها (۱۶۵ همت) قرار دارند. نکته قابل تأمل این است که در بخش دارو، سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم بسیار بالا و حدود ۵۳.۷ درصد گزارش شده است.

جایگاه عملیاتی سازمان تأمین اجتماعی در نظام سلامت: سازمان تأمین اجتماعی با پوشش بیش از ۴۶ میلیون نفر (حدود ۵۳ درصد جمعیت کشور)، نقش حیاتی در تاب‌آوری اجتماعی دارد. این سازمان از طریق ۴۰۵ مرکز درمانی ملکی (درمان مستقیم) و قرارداد با بیش از ۹۰ هزار مرکز تشخیصی و درمانی (درمان غیرمستقیم)، در سال ۱۴۰۳ پاسخگوی بیش از ۵۶۲ میلیون مراجعه بوده است. مصارف بخش درمان این سازمان با میانگین رشد سالانه ۳۲ تا ۳۴ درصد، فشار مالی سنگینی را بر منابع آن وارد می‌کند.

شاخص‌های عملکردی تخت‌های بیمارستانی: مقایسه شاخص‌ها در سال ۱۴۰۳ نشان می‌دهد که نرخ اشغال تخت در مراکز ملکی تأمین اجتماعی (۷۳.۷ درصد) بالاتر از میانگین بخش خصوصی (۶۷.۵ درصد) و

دانشگاه‌های علوم پزشکی (۷۲.۶ درصد) است. همچنین متوسط اقامت بیمار در این مراکز ۲.۸ روز است که در مقایسه با میانگین کل کشور (۳.۲ روز) نشان‌دهنده چرخش سریع‌تر تخت در این سازمان است.

تأثیر تحریم‌ها و پیمان‌های بین‌المللی: تحریم باعث کاهش ۴۰ درصدی واردات داروهای خاص و محدودیت دسترسی به تجهیزات ضروری شده است. برای مقابله با این فشارها، استفاده از ظرفیت‌های دیپلماسی سلامت و معاهدات چندجانبه ذیل پیمان‌های بین‌المللی نظیر شانگهای و بریکس به عنوان راهکاری برای افزایش تاب‌آوری زنجیره تأمین پیشنهاد شده است.

چالش‌های خاص حوزه تولید و خرید خدمت: علاوه بر مسائل کلان، چالش‌های عملیاتی نظیر فشارهای اجتماعی برای توسعه نامتناسب مراکز درمانی (بدون رعایت سطح‌بندی)، ضعف در سیستم‌های مدیریت اطلاعات (MIS)، افزایش هزینه‌های نگهداری تجهیزات پزشکی به دلیل تخصیص نیافتن ارز دولتی، از موانع جدی پایداری سیستم در شرایط فعلی هستند.