

دستور جلسه:

تحلیل مواد مرتبط با سلامت در قوانین برنامه توسعه - دکتر عباس وثوق مقدم، عضو وابسته فرهنگستان علوم پزشکی

رئوس نتایج و توصیه‌های قابل اجرا:

در جلسه دوازدهم تیر ماه گروه ارتقاء سلامت، جناب آقای دکتر وثوق مقدم، سخنرانی خود را با عنوان «تحلیل مواد مرتبط با سلامت در قوانین برنامه توسعه» به شرح زیر ارائه نمودند:

مرور کلی برنامه های توسعه اول تا ششم

در ابتدا سیاست کلی، راهبرد کلی و خط مشی‌های اصلی برنامه‌های توسعه اول تا ششم را مرور خواهیم کرد.

۱. برنامه اول از سال ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۲:

➤ سیاست کلی: عدم کاهش سطح ارائه خدمات عمومی دولت نظیر خدمات آموزشی و بهداشتی و درمانی؛ تأمین هزینه‌های ذیربط از طریق افزایش درآمدهای مالیاتی با تأکید بر مالیاتهای مستقیم و اختصاص درآمدهای حاصل از صادرات نفت؛ کاهش هزینه‌های دولت از طریق جلب مشارکت مردم در ایجاد و اداره مؤسسات آموزش و درمانی

➤ راهبرد کلی: آزادسازی اقتصادی

➤ خط مشی‌های اصلی: بازسازی و راهاندازی چرخ‌های تولید؛ توسعه امکانات فیزیکی و زیر بنایی؛ توسعه خدمات اجتماعی دولت؛ رفع عدم تعادل‌های عمده در توزیع امکانات بین مناطق و قشرهای گوناگون

۲. برنامه دوم از سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۸:

➤ سیاست کلی: بذل توجه و کمک بیشتر به مناطق محروم و روستاها در زمینه‌های مختلف خاصه: ایجاد اشتغال، بهداشت و توسعه فضای آموزشی و فرهنگی؛ اهتمام لازم به بخش‌های اجتماعی و توسعه‌ی سهم آن در برنامه از قبیل: امنیت عمومی و قضایی، فرهنگ، آموزش همگانی، بهداشت و درمان، آموزش عالی و تحقیقات

➤ راهبرد کلی: آزادسازی، خصوصی سازی

➤ خط مشی‌های اصلی: تثبیت دستاوردهای برنامه اول؛ ایجاد ثبات در روندهای اقتصادی کشور؛ کاهش بار سنگین تحولات اقتصادی بر جامعه

۳. برنامه سوم از سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳ - فصل ۲۵ قانون مختص بهداشت و درمان با ۶ ماده:

➤ سیاست کلی: ایجاد نظام جامع تامین اجتماعی؛ فراهم ساختن امنیت غذایی؛

➤ راهبرد کلی: اصلاحات ساختاری و نهادی به منظور آزادسازی و خصوصی سازی

➤ خط مشی‌های اصلی: اصلاح محیط کسب و کار؛ مقررات زدایی از فرایند سرمایه گذاری؛ تقویت قدرت رقابت پذیری؛ آزادسازی نظام قیمت‌ها؛ تعیین قیمت بر مبنای ساز و کار بازار؛ یکسان سازی نرخ ارز؛ آزادسازی تجارت و حذف موانع غیر تعرفه‌ای؛ تخصیص رقابتی منابع بانکی؛ تاسیس بانک غیر دولتی؛ تشکیل حساب ذخیره ارزی؛ حذف یارانه انرژی

۴. برنامه چهارم از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ - فصل ۷؛ ۱۱ ماده؛ ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی:

➤ سیاست کلی: بر اساس سند چشم‌انداز ۲۰ ساله و سیاست‌های کلی برنامه

۵. برنامه پنجم از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵:

➤ سیاست کلی: افزایش سلامت روحی و جسمی دانش آموزان، تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه، یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی، ارتقای شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذایی، محیط و بهداشت جسمی و روحی، کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت، اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی،

توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، کاهش OOP به ۳۰ درصد، بازار رقابتی بیمه درمانی، تامین بیمه فراگیر

➤ سیاست‌های کلی در چارچوب سند چشم انداز بیست ساله و با رویکرد مبنایی پیشرفت و عدالت، ابلاغ شد.

۶. برنامه ششم از سال ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۱:

- سیاست کلی: اجرای سیاست‌های کلی سلامت با تصویب قوانین و مقررات لازم با تأکید بر: تهیه ی پیوست سلامت برای قوانین مرتبط و طرح‌های کلان توسعه‌ای؛ اصلاح ساختار نظام سلامت بر اساس بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت؛ تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت و توسعه‌ی کمی و کیفی بیمه‌های سلامت؛ افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه‌ی سلامت در قالب شبکه‌ی بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع
- اهداف کمی: کاهش پرداخت مستقیم از جیب به ۳۰ درصد؛ خانوارهای مواجهه یافته با هزینه‌های کمرشکن به ۱ درصد
- مبتنی بر سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳ نوشته شده است.

تحلیل

بر اساس مقاله «مروری تحلیلی بر سیاست‌های سلامت ایران در برنامه‌های توسعه»،^۱ در ۵ برنامه اول بخش سلامت پررنگ دیده شده است. اهداف برنامه اول و دوم گسترش شبکه بهداشت و درمان (توسعه فیزیکی با نگاه دولتی) و کنترل جمعیت، برنامه سوم واگذاری خدمات (عدالت توزیعی) و برنامه چهارم و پنجم نیز کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم و افزایش کارآیی (عدالت در سلامت: دسترسی و مالی) بوده است. از چالش‌های این برنامه‌ها این است که بسیاری از سیاست‌های کلی برنامه از منظر ظرف زمانی در قالب مواد و احکام برنامه قابلیت پیگیری و اجرا ندارند. برخی احکام نیز متولی مشخص ندارند.

بر اساس مقاله «تحلیل جامعیت سیاست‌گذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران»،^۲ در برنامه‌های اول تا ششم به تدریج بر میزان جامعیت سیاست‌های سلامت افزوده شده است؛ به این معنا که هم مولفه‌های سلامت متنوع‌تر شده‌اند و هم دامنه شمول آن، قشرها و گروه‌های متنوع‌تری را در بر گرفته است. این ویژگی در برنامه چهارم توسعه به اوج خود رسیده است.

بر اساس پایان‌نامه کارشناسی ارشد «تحلیلی بر سیاست‌های مرتبط با سلامت در برنامه‌های توسعه (اول تا ششم) ایران»،^۳ درجه الزام احکام در برنامه‌های توسعه در حوزه سلامت به تدریج افزایش پیدا کرده است.

برآوردهای دیوان محاسبات کشور نشان می‌دهد درصد تحقق برنامه‌های توسعه‌ای کشور از ۲۰ تا ۴۰ درصد بوده است. بر اساس گزارش‌های وزارت بهداشت (۱۴۰۰)، مرکز پژوهش‌های مجلس (۱۴۰۱) و سازمان برنامه و بودجه (۱۴۰۰)، علل عدم تحقق احکام حوزه بهداشت و درمان در برنامه‌های توسعه عبارتند از: بیش از ۷۰ درصد احکام برای اجرا نیازمند ارتباط بین‌بخشی با سایر دستگاه‌ها هستند؛ بیش از ۶۰ درصد احکام غیر واقع بینانه و غیر قابل اجرا تدوین شده‌اند؛ ۳۵ درصد از احکام فاقد شفافیت لازم بوده‌اند؛ حدود ۴۰ درصد از احکام فاقد شاخص‌های کمی می‌باشد؛ بیش از ۸۰ درصد احکام زیرساخت لازم جهت اجرا را نداشته‌اند.

نقاط قوت و ضعف برنامه ششم توسعه

در زیر به نقاط قوت و ضعف قانون برنامه ششم توسعه اشاره شده است:

- نقاط قوت: مبتنی بر سیاست‌های کلی سلامت (به عنوان وجه تمایز و برتری نسبت به برنامه‌های پیشین)؛ در ادامه راهبردهای مصرح در قوانین برنامه قبلی؛ تدوین سند پشتیبان مشتمل بر ۱۱۰ شاخص برای پیش برنامه؛ تدوین برنامه‌های عملیاتی سالانه بر اساس احکام برنامه.
- نقاط ضعف: عدم شفافیت تکالیف بخش و فرابخش (به عنوان مهمترین مانع عدم تحقق احکام - عدم هماهنگی بین بخشی و فرابخشی)؛ عدم اتخاذ تمهیدات شکلی در تدوین احکام در جهت ایجاد هماهنگی و همسویی درون‌بخشی و فرابخشی؛ عدم شفافیت اولویت زمانی در اجرای احکام از نظر ترتیب اجرا؛ عدم تناسب شاخص‌های منتخب در سند پشتیبان با اهداف مصرح در احکام

چالش‌های پیاده‌سازی سیاست‌های سلامت

بر اساس گزارش طرح «بررسی موانع و چالش‌های پیش‌رو، در اجرای تکالیف تعیین شده در سیاست‌ها و قوانین و برنامه‌های کلان بخش سلامت ایران و ارائه راهکارها و الزامات اجرایی آن»،^۴ چالش‌های پیاده‌سازی سیاست‌های سلامت در تدوین، اجرا و ارزشیابی به شرح زیر می‌باشد:

۱- چالش‌های موجود در تدوین سیاست‌ها:

- توجه ناکافی به سیاست‌گذاری شواهد محور
- شفاف نساختن نقش سازمان‌های مجری و سهم آنها در زمان تدوین سیاست‌های سلامت
- سازوکار ناکارآمد جهت تصویب، تأمین و تخصیص منابع پایدار مورد نیاز برای اجرا در زمان تدوین سیاست‌های سلامت

۱ - علی اخوان؛ مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران؛ ۱۳۹۲

۲ - فاطمه جواهری، رضا صفری شالی، مهدی مهدوی کنده؛ مسایل اجتماعی ایران؛ ۱۳۹۹

۳ - فایزه سنبل، فرهاد نصرتی‌نژاد، مهدی باسحا؛ ۱۳۹۷

۴ - محمدجواد کبیر؛ فرهنگستان علوم پزشکی؛ ۱۴۰۱

- دخالت ناکافی دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی در فرآیند سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست‌ها
 - چندپارگی نهاد تولیت در نظام بیمه‌ای کشور: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بیمه مرکزی، شورای عالی بیمه سلامت
 - تضاد تئوریک در حوزه سلامت و رفاه اجتماعی منجر به ابهام در نقش نظام بیمه ای
 - تعارضات قانونی (بند ب ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه و بند الف ماده ۷۲ قانون برنامه ششم توسعه و یا ماده ۸۱ قانون برنامه ششم و قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی)
- ۲- چالش‌های موجود در اجرای سیاست‌ها:
- اعتقاد و باور ناکافی مجریان برای اجرای قوانین و سیاست‌های تدوین شده
 - نبود رویکرد مناسب لازم در تطبیق‌سازی وظایف، مهارت و دانش مورد نیاز برای انجام وظایف در منابع انسانی
 - نبود سازوکار مناسب در تدوین و اجرای برنامه‌های عملیاتی مبتنی بر سیاست‌های اجرایی و شفاف نبودن سازوکار مناسب در رصد فعالیت‌ها
 - نبود گفتمان مشترک در الزامات اجرایی مورد نیاز برای پیاده سازی قوانین و آرایه راهکارهای مورد نیاز در رفع موانع و سهولت فرایندهای اجرایی
 - وجود شواهد فراوان در اجرای ناقص و زیر پا نهادن سیاست‌ها و قوانین اجرایی به دلیل تضاد منافع، ناکافی بودن مهارت مدیریت استراتژیک مدیران، شفاف نبودن رویکرد عدم تمرکز، تفویض اختیار و مسئولیت
- ۳- چالش‌های موجود در ارزشیابی سیاست‌ها:
- شفاف نبودن نظام پایش و ارزیابی عملکرد در مدیریت اجرایی برنامه‌های حاصل از سیاست‌ها
 - نبود سازوکار مناسب برای پایش و ارزیابی اجرای قوانین و برنامه‌های پیش‌بینی شده در برنامه‌های توسعه اقتصادی اجتماعی به نحوی که ادامه اجرای آن‌ها مستلزم تصویب قانون جدید می‌باشد
 - نبود ضمانت اجرایی برای بازخواست دستگاه‌های اجرایی که از اجرای سیاست‌ها استنکاف می‌ورزند
- جدول زیر، چالش‌های نظام برنامه‌ریزی سلامت در سطح ملی، استانی و شهرستان می‌باشد.

موضوعها	زیرموضوعها
هدف و برنامه	هم‌راستا نبودن برنامه‌ها مشخص نبودن تکلیف برنامه‌های بین‌بخشی مشخص نبودن هدف‌گذاری در شاخص‌های اثر و پیامد مشخص نبودن بار بیماری‌های هر استان نبود برش برنامه سلامت در شهرستان تغییر برنامه‌ها با جابجایی مدیران کل
ساختار	ساختار ناهماهنگ برای برنامه ریزی در سطح ملی عدم شفافیت دبیرخانه مسئول برنامه‌ریزی و پایش در سطح استان‌ها ابلاغ برنامه‌ها به صورت عمودی بدون نظر سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی
منابع	عدم تناسب برنامه‌ها و اهداف با بودجه توان مالی ناکافی برخی معاونت‌ها جهت برنامه‌ریزی تغییر میزان حمایت سیاسی از برنامه‌ها پس از جابجایی مدیران
فرایند	مشارکت نامنظم ذینفعان در سلامت عدم هم‌خوانی فرایند، روال و استاندارد مشخص برای برنامه‌ریزی ابعاد سلامت در سطح استان‌ها با ابلاغ‌های قبلی برای نظام نامه مدیریت استانی سلامت هماهنگی ضعیف الگوهای برنامه‌ریزی ملی، استانی و شهرستانی در سطح وزارت بهداشت عدم اجرایی سازی الگوی آمایش سرزمین برای حوزه سلامت موازی کاری و ناکارا بودن گروه‌های نظارتی پایش مسائل حاشیه‌ای به جای اهداف اصلی ضعف نظام دیده‌بانی شاخص‌ها عدم تناسب اختیارات استان‌ها بر اساس مقتضیات و دارایی‌های استان

تاریخ و موضوع جلسه بعدی:

۱. ۲۹ تیر ماه – سخنرانی دکتر شجاعی زاده با موضوع نقش ارتقای سلامت در سلامت جهانی

تهیه کننده: مهدی میلاد

