

ارزیابی عملکرد برنامه هفتم پیشرفت تا پایان شهریور ۱۴۰۴: فصل ۱۴ - ارتقای نظام سلامت



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

عنوان گزارش:

ارزیابی عملکرد برنامه هفتم پیشرفت تا پایان شهریور ۱۴۰۴: فصل ۱۴ - ارتقای نظام سلامت

نوع گزارش:

طرح و لایحه ، نظارتی ، راهبردی ، پیش‌نویس قانونی

نام دفاتر:

مطالعات اجتماعی (گروه آسیب‌های اجتماعی)

تهیه و تدوین کنندگان:

محمد بختیاری علی آباد، سیده فرحانه طالبیان

مدیر مطالعه:

محمد بختیاری علی آباد

ناظران علمی:

هادی افراسیابی، محمدرضا مالکی

اظهار نظر کننده:

رضا بختیاری نژاد (دفتر مطالعات اقتصادی)

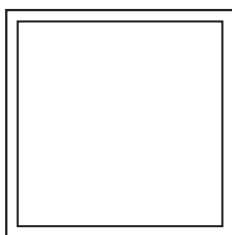
گرافیک و صفحه آرایی:

محمد دهقانی شهرابی

واژه‌های کلیدی:

۱. ارتقای سلامت
۲. برنامه هفتم پیشرفت
۳. بهداشت و درمان

تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱



فهرست مطالب

| | |
|--|----|
| چکیده..... | ۶ |
| خلاصه مدیریتی..... | ۷ |
| ۱. مقدمه..... | ۸ |
| ۲. نظارت بر اهداف کمی، اسناد تدوین و اقدامات اجرایی فصل در یک نگاه..... | ۸ |
| ۳. جمع بندی و ارائه پیشنهادات اصلاحی برای ارتقای تحقق آن فصل برنامه..... | ۱۸ |
| منابع و مأخذ..... | ۱۸ |
| پیوست..... | ۱۹ |

فهرست شکل ها

| | |
|--|----|
| شکل ۱. ارزیابی میزان تحقق اهداف کمی فصل در سال اول..... | ۹ |
| شکل ۲. نمودار دلایل عدم تحقق اهداف کمی فصل در سال اول..... | ۹ |
| شکل ۳. نمودار نتایج ارزیابی کیفی اسناد تدوینی..... | ۱۱ |

فهرست جداول

| | |
|---|----|
| جدول ۱. سابقه انتشار اهداف کمی فصل..... | ۹ |
| جدول ۲. وضعیت تحقق اهداف کمی فصل در سال اول..... | ۹ |
| جدول ۳. دلایل عدم تحقق اهداف کمی فصل در سال اول..... | ۹ |
| جدول ۴. ارزیابی کیفی اسناد تدوینی..... | ۱۰ |
| جدول ۵. نتایج امتیاز دهی ارزیابی کیفی اسناد تدوینی..... | ۱۱ |
| جدول ۶. وضعیت تحقق احکام فصل در سال اول..... | ۱۱ |
| جدول ۷. دلایل عدم تحقق کامل احکام فصل در سال اول..... | ۱۲ |
| جدول پیوست ۱. نظارت بر اهداف کمی فصل ارتقای سلامت در برنامه هفتم پیشرفت..... | ۱۹ |
| جدول پیوست ۲. نظارت بر اقدامات اجرایی فصل ارتقای سلامت در برنامه هفتم پیشرفت..... | ۲۱ |
| جدول پیوست ۳. ارزیابی عملکرد اهم اقدامات اجرایی فصل ارتقای سلامت در برنامه هفتم پیشرفت..... | ۳۱ |



ارزیابی عملکرد برنامه هفتم پیشرفت تا پایان شهریور ۱۴۰۴: فصل ۱۴ - ارتقای نظام سلامت

چکیده



برنامه هفتم پیشرفت در فصل سلامت با هدف حل ابرچالش ساختاری نظام سلامت، از جمله ناکارآمدی، هزینه‌های کمرشکن و نابرابری در دسترسی طراحی شده است. ارزیابی نخستین حاکی از پیشرفت‌هایی در حوزه‌هایی مانند توسعه زیرساخت سلامت الکترونیک، راه‌اندازی سامانه‌ها و تحقق برخی اهداف کمی است. با این حال این دستاوردها علی‌رغم اهمیتی که دارند در برابر چالش‌های موجود، ناکافی و پراکنده به نظر می‌رسند. از مهم‌ترین نشانه‌ها عدم تحقق کافی اهداف مانند استقرار کامل نظام پزشکی خانواده است. چند مانع اصلی، کمبود منابع مالی، و ضعف توان کارشناسی و مدیریتی از جمله عدم وجود داده‌های به‌روز شناسایی شده‌اند. برای تسریع در تحقق اهداف، اولویت‌بندی و تخصیص منابع به احکام کلیدی، علاوه بر ضرورت وجود اراده در سطوح مدیریتی و رفع شکاف اطلاعاتی با تأمین داده‌های قابل استناد، و الزام به ارائه تحلیل‌های ریشه‌ای در امر نظارت، تأمین به‌موقع منابع نیز باید مدنظر قرار گیرد.



بیان/شرح مسئله

برنامه هفتم پیشرفت کشور در فصل ارتقای نظام سلامت، با هدف پاسخ‌گویی به ابرچالش ساختاری ناکارآمدی، هزینه‌زایی بالا و بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی طراحی شده‌است. این ابرچالش چندبعدی که طی سال‌ها انباشته شده، منجر به نابرابری در دسترسی، کاهش کیفیت مراقبت‌ها، فشار مالی بر خانوارها و تضعیف شاخص‌های کلان سلامت شده‌است. فلسفه وجودی این فصل، ایجاد تحولی اساسی از طریق مجموعه‌ای از اهداف کمی، اقدامات عملیاتی و الزامات قانونی است که تحقق آن‌ها مستلزم نظارت دقیق و مستمر می‌باشد.

یافته‌های کلیدی

ارزیابی نظارتی از اجرای فصل سلامت برنامه هفتم، تصویری با نقاط قوت و ضعف مختلف ارائه می‌دهد. در حوزه نقاط قوت، پیشرفت‌هایی در توسعه زیرساخت سلامت الکترونیک مشاهده می‌شود که از جمله می‌توان به راه‌اندازی سامانه‌های مختلف، ایجاد مراکز امن داده، توسعه پایگاه ملی سلامت و پیشرفت در تبادل برخط داده‌های سلامت اشاره کرد. همچنین، اقداماتی در راستای اصلاح نظام پرداخت، تغییر تدریجی تعرفه‌ها از روش مبتنی بر خدمت به پرداخت موردی و تدوین استانداردها و راهنماهای بالینی از دیگر جنبه‌های مثبت گزارش شده است. تحقق برخی اهداف کمی مانند کاهش مرگ‌ومیر ناشی از سکته‌های قلبی و افزایش سرانه پزشک نیز در همین راستا گزارش شده است. در حوزه تدوین اسناد، تصویب آیین‌نامه‌های مهمی مانند پوشش همگانی بیمه پایه و اختصاص بخشی از منابع بیمه‌ها برای امر پیشگیری از دیگر نقاط قوت به‌شمار می‌رود.

با این حال، این پیشرفت‌ها در سایه چالش‌های موجود، ناکافی و پراکنده به نظر می‌رسند. مهم‌ترین ضعف، عدم پیشرفت کافی به‌سمت استقرار پزشک خانواده و ارجاع در سراسر کشور است. دو مانع اصلی به‌عنوان دلایل اصلی ناکامی‌های موجود در اجرای برنامه شناسایی شده‌اند: کمبود کمبود منابع مالی و ضعف توان کارشناسی و مدیریتی از جمله عدم وجود داده‌های بروز. گزارش‌های نظارتی نیز به فقدان اراده یا توان مدیریتی قوی برای اجرای برخی احکام مهم، عدم همکاری کافی بین نهادی که یکپارچه‌سازی نظام بیمه را مختل کرده، اشاره دارند. همچنین، عدم پیش‌بینی منابع مالی کافی در بودجه سالانه برای برخی از برنامه‌ها، از موانع جدی است که گزارش شده است. در حوزه اطلاعات و پایش، کمبود داده‌های قابل استناد و به‌هنگام برای شاخص‌های مهمی مانند هزینه‌های کاتاستروفیک سلامت و پایش بیماری‌های غیرواگیر، امکان ارزیابی دقیق را با مشکل مواجه ساخته‌است.

پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

جمع‌بندی کلی حاکی از آن است که علی‌رغم حرکت چرخ‌های اجرایی برنامه و بروز برخی نقاط قوت، تحول اساسی مورد انتظار برای حل ابرچالش ساختاری نظام سلامت هنوز محقق نشده است و غلبه بر آن مستلزم مقابله با موانع مالی، اطلاعاتی و نیز تقویت اراده تحلیلی و اصلاحی ناظران و مجریان است. برای تسریع در تحقق اهداف این فصل، پیشنهاد می‌شود اولویت‌بندی دقیق و تخصیص منابع مالی مشخص و کافی برای احکام کلیدی نظیر استقرار کامل پزشک خانواده و نظام ارجاع، کاهش سهم پرداختی از جیب و تحقق پوشش همگانی بیمه پایه در دستور کار قرار گیرد. بازنگری در آیین‌نامه‌های مصوب برای رفع ابهامات اجرایی، شفاف‌سازی فرآیندها و همچنین رفع شکاف اطلاعاتی موجود از طریق تأمین داده‌های قابل استناد و به‌هنگام برای شاخص‌های حیاتی مانند هزینه‌های کاتاستروفیک و پایش بیماری‌ها نیز ضروری است. شایان‌ذکر است با توجه به اینکه در راستای تسریع موارد مذکور تحلیل ریشه‌ای و علل یابی برای هر حکم محقق نشده، ارائه راهکارهای عملیاتی و زمان‌بندی مشخص برای جبران تأخیرها در گزارش‌های نظارتی آتی ضروری به نظر می‌رسد.



۱. مقدمه



در چارچوب برنامه هفتم پیشرفت کشور، فصل ارتقای نظام سلامت به‌عنوان یکی از بخش‌های محوری این سند راهبردی، عهده‌دار تحول اساسی در نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است [۱]. فلسفه وجودی این فصل، پاسخ‌گویی به ابرچالش ناکارآمدی‌های ساختاری در نظام سلامت است که طی دهه‌های گذشته موجب نابرابری در دسترسی به خدمات، کاهش کیفیت مراقبت‌ها، فشار مالی بر خانوارها و درنهایت تضعیف برخی شاخص‌های کلان سلامت جامعه شده‌است. این ابرچالش چندوجهی، تنها از طریق رویکردی جامع، مبتنی بر نظارت دقیق و مستمر قابل حل است. در برنامه هفتم تلاش شده‌است تا با درک این ضرورت، در فصل سلامت، مجموعه‌ای از اهداف کمی، اقدامات عملیاتی و الزامات قانونی تدوین گردد که تحقق آن‌ها مستلزم نظارت نظام‌مند است. نخستین محور نظارتی، معطوف به پیگیری تمامی احکام مندرج در این فصل است. این احکام که طیف وسیعی از اهداف کمی (مانند کاهش سهم پرداختی از جیب به ۳۰ درصد، پوشش کامل بیمه سلامت، کاهش مرگ‌ومیر ناشی از سگته‌های قلبی و کنترل عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر)، اقدامات کلان (مانند استقرار کامل پزشک خانواده و نظام ارجاع، تحول در سلامت الکترونیک، توسعه زیرساخت‌های فوریت‌های پزشکی و بازسازی صنعت دارو) و نیز نقشه‌های راه (مانند سند نقشه راه سلامت الکترونیک و سند جامع مراقبت‌های سلامت) را در بر می‌گیرد، مسیر ارتقا در سلامت کشور را ترسیم می‌کنند. نظارت بر تحقق این احکام، اطمینان می‌بخشد که کلیه اجزای نظام سلامت در مسیر تعیین‌شده حرکت کرده و اهداف تعریف‌شده در موعد مقرر محقق خواهند شد. لزوم نظارت دقیق بر این فصل، از جایگاه حساس سلامت به‌عنوان کالایی عمومی و حق اساسی شهروندان نشئت می‌گیرد. هرگونه تأخیر یا انحراف در اجرای این برنامه، نه‌تنها موجب اتلاف منابع ملی می‌شود، بلکه مستقیماً بر کیفیت زندگی جمعیت کشور تأثیرگذار خواهد بود. بنابراین، گزارش نظارتی حاضر با هدف ارزیابی پیشرفت اجرای احکام فصل ارتقای سلامت تهیه شده‌است تا با ارائه تحلیلی مستند و عینی، زمینه‌ساز تصمیم‌سازی برای سیاست‌گذاران و مسئولان اجرایی کشور فراهم آید.

۲. نظارت بر اهداف کمی، اسناد تدوین و اقدامات اجرایی فصل در یک نگاه



ارزیابی دستیابی به اهداف کمی حوزه سلامت در برنامه هفتم، تصویری با نتایج متنوع و چالش‌های مشخص را نشان می‌دهد. دو مانع اصلی به‌عنوان دلایل عدم تحقق اهداف شناسایی شده‌اند. یکی کمبود منابع مالی و دیگری فقدان توان کارشناسی و ظرفیت‌های اطلاعاتی است. این دو چالش، دستیابی به اهداف مهمی مانند کاهش سهم پرداختی از جیب بیمار به ۳۰ درصد، پوشش کامل بیمه سلامت برای تمامی جمعیت، افزایش سرانه پزشک به ۲.۳ به‌ازای هر هزار نفر و نیز کنترل شاخص‌های مهم بیماری‌های غیرواگیر را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

پیش‌بینی امکان تحقق این اهداف تا پایان برنامه، برای اغلب آن‌ها محتمل یا بعضاً بعید ارزیابی شده‌است. این امر به‌ویژه در مورد اهداف مرتبط با کنترل بیماری‌هایی مانند دیابت، فشار خون و چربی خون که نیازمند نظام مراقبت اولیه سلامت قوی (پزشک خانواده) هستند، مشهودتر است. در مجموع، این ارزیابی نشان می‌دهد که اگرچه عزم برای تعیین اهداف کمی وجود داشته، اما تخصیص نیافتن منابع کافی و چالش‌های مربوط به توان فنی، اطلاعاتی و اجرایی لازم، دستیابی به برخی از این اهداف ارزشمند را در موعد مقرر با تردید روبه‌رو ساخته‌است.

جدول ۱. سابقه انتشار اهداف کمی فصل

| ندارد | دارد | فصل |
|-------|------|----------------------------|
| ۰ | ۱۱ | فصل ۱۴ - ارتقای نظام سلامت |

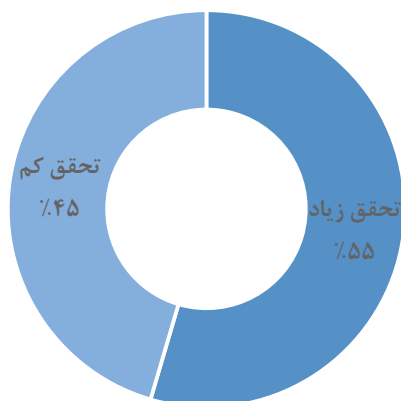
مأخذ: یافته‌های پژوهش.

جدول ۲. وضعیت تحقق اهداف کمی فصل در سال اول

| ارزیابی تحقق سال اول | | | |
|----------------------|---------|-----------|-----------|
| عدم تحقق | تحقق کم | تحقق زیاد | تحقق کامل |
| ۰ | ۵ | ۶ | ۰ |

مأخذ: همان.

شکل ۱. ارزیابی میزان تحقق اهداف کمی فصل در سال اول



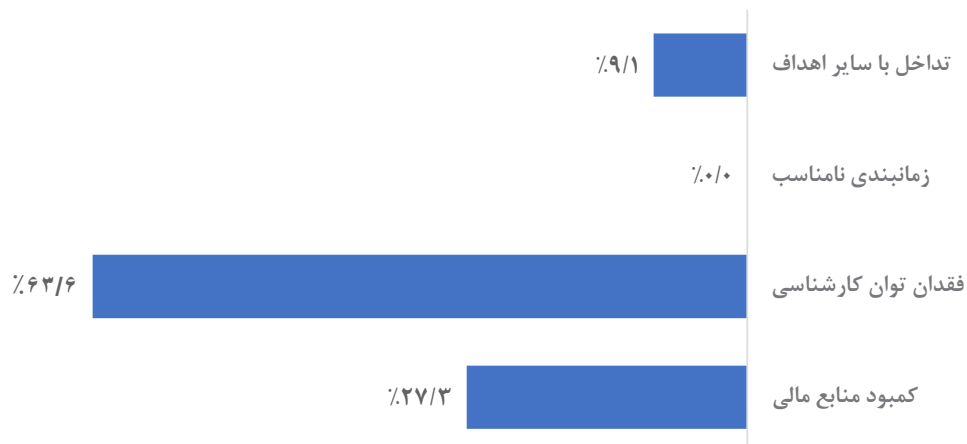
مأخذ: همان.

جدول ۳. دلایل عدم تحقق اهداف کمی فصل در سال اول

| تداخل با سایر اهداف | زمان بندی نامناسب | فقدان توان فنی و کارشناسی | کمبود منابع مالی |
|---------------------|-------------------|---------------------------|------------------|
| ۱ | ۰ | ۷ | ۳ |
| ۹.۱٪ | ۰٪ | ۶۳.۶٪ | ۲۷.۳٪ |

مأخذ: همان.

شکل ۲. نمودار دلایل عدم تحقق اهداف کمی فصل در سال اول



مأخذ: همان.



ارزیابی اجرای احکام قانون برنامه هفتم در حوزه سلامت نشان‌دهنده عملکردی نامتوازن با برخی چالش‌ها است. نقطه قوت اصلی، اجرایی شدن بخشی از برخی احکام کلیدی مانند تغییر تعرفه خدمات از به‌زای خدمت به پرداخت موردی (گلوبال)، بارگذاری داده‌ها در سامانه‌های هوشمند سلامت و تعیین فرانشیز برای خدمات بستری است که گام‌های عملی در راستای ارتقای نظام سلامت محسوب می‌شوند. با این حال، نقاط ضعف مختلفی نیز وجود دارد که موارد حیاتی مانند استقرار کامل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای تمام جمعیت را با چالش مواجه کرده است. از مهم‌ترین چالش‌ها، فقدان اراده کافی و ضعف توان کارشناسی و مدیریتی از جمله عدم وجود داده‌های بروز است در خصوص هدف مذکور موضوع عدم اطمینان در تأمین به‌موقع منابع مالی نیز همواره از نگرانی‌هایی است که حرکت به سمت طرح‌های مهم را با تردید مواجه می‌سازد. مشکل دیگر عدم همکاری کافی برخی صندوق‌های بیمه است که یکپارچه‌سازی کامل نظام بیمه‌ای را با مانع مواجه ساخته است. علاوه بر این، نیازمند بودن به آیین‌نامه یا مقررات جدید برای اجرای کامل، از دیگر موانع ساختاری هستند. در مجموع، این ارزیابی حاکی از آن است که اگرچه حرکت‌های مختلف در برخی حوزه‌ها انجام شده، ولی چالش‌های مذکور در فوق و همچنین نبود هماهنگی بین‌دستگاهی لازم، دستیابی به اهداف کلان برنامه را با مشکلات مختلفی مواجه کرده است.

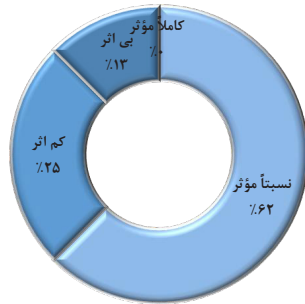
جدول ۴. ارزیابی کیفی اسناد تدوینی

| انطباق با قانون برنامه هفتم و سایر قوانین دائمی | |
|---|--------------|
| ۳ | کاملاً منطبق |
| ۲ | نسبتاً منطبق |
| ۱ | مغایرت جزئی |
| ۲ | مغایرت جدی |
| کارایی اقدامات پیش‌بینی شده برای نیل به اهداف | |
| ۰ | کاملاً مؤثر |
| ۵ | نسبتاً مؤثر |
| ۲ | کم اثر |
| ۱ | بی اثر |
| تقسیم کار نهادی مناسب بین دستگاه‌های اجرایی | |
| ۳ | شفاف |
| ۳ | تأحدی شفاف |
| ۱ | نامتوازن |
| ۱ | ناهماهنگ |
| تعویق در اتخاذ تصمیمات (احاله به آینده) | |
| ۲ | بدون تعویق |
| ۲ | تعویق جزئی |
| ۳ | تعویق مهم |
| ۱ | تعویق گسترده |

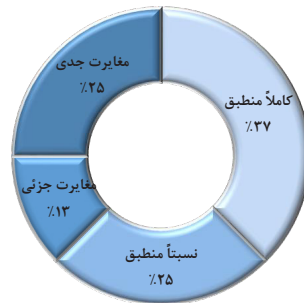
مأخذ: همان.

شکل ۳. نمودار نتایج ارزیابی کیفی اسناد تدوینی

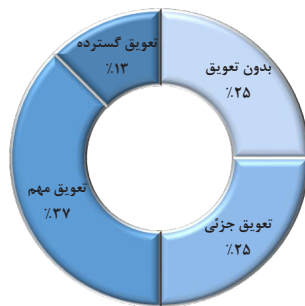
کارایی اقدامات پیش‌بینی شده برای نیل به اهداف



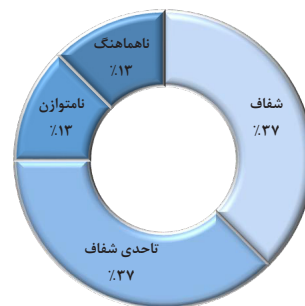
انطباق با قانون برنامه هفتم و سایر قوانین دائمی



تعویق در اتخاذ تصمیمات (احاله به آینده)



تقسیم کار نهادی مناسب بین دستگاه‌های اجرایی



مأخذ: همان.

جدول ۵. نتایج امتیازدهی ارزیابی کیفی اسناد تدوینی

| | | |
|---|----------------------------|------------------------|
| ۲ | بسیار مطلوب و هم‌راستا | امتیازبندی اسناد تدوین |
| ۳ | قابل قبول با نیاز به اصلاح | |
| ۲ | نیازمند بهبود جدی | |
| ۱ | نامطلوب / عدم انطباق | |

مأخذ: همان.

جدول ۶. وضعیت تحقق احکام فصل در سال اول

| انجام نشده | بخشی انجام شده | بیشتر انجام شده | کاملاً انجام شده |
|------------|----------------|-----------------|------------------|
| ۹ | ۲۲ | ۶ | ۲ |
| ۲۳/۰۸٪ | ۵۶/۴۱٪ | ۱۵/۳۸٪ | ۵/۱۳٪ |

مأخذ: همان.



جدول ۷. دلایل عدم تحقق کامل احکام فصل در سال اول

| درصد | تعداد | دلایل عدم تحقق کامل |
|--------|-------|----------------------------------|
| ۲۰٪ | ۹ | عدم پیش‌بینی منابع مالی در بودجه |
| ۳۱.۱۱٪ | ۱۴ | کمبود اراده یا توان مدیریتی |
| ۱۳/۳۳٪ | ۶ | نیازمند آیین‌نامه یا سایر مقررات |
| ۴/۴۴٪ | ۲ | وابسته به سایر احکام برنامه |
| ۶/۶۷٪ | ۳ | زمان‌بندی آن نرسیده |
| ۸/۸۹٪ | ۴ | اجرای نامناسب |
| ۱۵/۵۶٪ | ۷ | سایر موارد |

مأخذ: همان.

شایان ذکر است که نقاط قوت و ضعف مختلفی در روند تهیه اسناد و آیین‌نامه‌های تکلیف شده در بخش سلامت قانون برنامه هفتم پیشرفت قابل شناسایی است. از نقاط قوت می‌توان به تصویب منطبق با برنامه هفتم برخی آیین‌نامه‌های مهم مانند تهیه فهرست رسمی دارویی ایران و آیین‌نامه الزامی بودن پوشش بیمه پایه برای تمامی جمعیت اشاره کرد که نشان‌دهنده عزم نهادهای ذی‌ربط برای پایه‌ریزی نظام سلامت یکپارچه و قانونمند است. همچنین پیش‌بینی سازوکارهای نوآورانه‌ای مانند نظام خودپرداخت متغیر و پلکانی بر اساس استطاعت‌سنجی مالی و تخصیص پنج درصد از اعتبارات بیمه‌گران پایه به فعالیت‌های پیشگیرانه از جمله نقاط مثبت و پیشرو در این اسناد محسوب می‌شود.

در مقابل، نقاط ضعف مختلفی نیز وجود دارد که می‌تواند مانع تحقق کامل اهداف شود. یکی از اصلی‌ترین این ضعف‌ها، تعویق در اتخاذ تصمیمات کلیدی است، به گونه‌ای که جزئیات اجرایی موارد مهمی مانند نظارت بر تجویز دارو، راه‌اندازی شناسه دستوری برای سامانه‌ها و استقرار نظام پایش و رهگیری باقیمانده سموم و داروها در محصولات کشاورزی به مصوبات آتی موکول شده است. ضعف دیگر، تقسیم کار نهادی نامشخص یا نامتوازن در برخی آیین‌نامه‌هاست، از جمله سپردن مسئولیت ارزیابی سلامت محصولات به دو دستگاه بدون تعیین دقیق حدود وظایف که می‌تواند به موازی‌کاری یا تعارض منجر شود. همچنین مغایرت برخی مصوبات، مانند اجرای برنامه حمایتی درمان مازاد بر بیمه پایه با قوانین دائمی بالادستی، چالشی اساسی برای انسجام قانونی ایجاد می‌نماید. علاوه بر این، غفلت از موضوعات مهم مانند ترویج تغذیه سالم و تعیین سازوکار مشخص برای تخصیص اعتبارات مربوطه، و نیز عدم پوشش کامل همه ذی‌نفعان و محصولات (مانند محصولات فله و وارداتی) از دیگر کاستی‌های مشاهده شده در این ارزیابی‌ها هستند. در مجموع، این ارزیابی حاکی از آن است که اگرچه حرکت‌های رو به جلویی آغاز شده، اما برای تحقق عملی اهداف مهم قانون برنامه هفتم، رفع این نقاط ضعف و تضمین اجرای به‌موقع و دقیق تمامی الزامات، امری ضروری است.

۱-۲. پاسخ قانون برنامه هفتم پیشرفت به ناکارآمدی‌ها و همچنین هزینه‌های رو به افزایش در نظام سلامت

در فصل چهاردهم قانون برنامه هفتم پیشرفت، قانون‌گذار در پی حل یک ابرچالش اصلی و چندبعدی است یعنی نظام سلامت ناکارآمد و پر هزینه است که آن گونه که باید قادر به تأمین نیازهای اساسی جمعیت و پاسخ‌گویی به انتظارات در حال رشد نیست. این ابرچالش در واقع تلفیقی از چندین مشکل ساختاری است که در طول سال‌ها انباشته شده و اکنون تشدید شده و در صورت تداوم وضعیت حاضر نه تنها سلامت عمومی را تهدید می‌کند، بلکه فشار مالی زیادی بر دوش خانوارها و دولت گذاشته و مانعی برای توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور محسوب می‌شود.

به صورت جزئی‌تر ابعاد این ابرچالش را می‌توان در چند محور کلیدی خلاصه کرد: اول بحران مالی و تأمین منابع که در آن نظام سلامت با کمبود منابع پایدار و عدم مدیریت کارآمد مالی مواجه است، مساله بعدی ناکارآمدی ساختاری و مدیریت پراکنده است که در آن عدم تحقق کامل تولید متمرکز منجر به موازی‌کاری، فقدان برنامه‌ریزی راهبردی یکپارچه و نظارت ناکافی بر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (دولتی و غیردولتی) می‌شود. عدم محوریت ارائه خدمات پایه و پیشگیرانه موضوع دیگری است که در آن نظام شبکه بهداشتی-درمانی، برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع که ستون فقرات دسترسی عادلانه به خدمات هستند، هنوز به طور کامل و مؤثر استقرار نیافته‌اند و اولویت پیشگیری بر درمان در عمل محقق نشده است. همچنین وابستگی به واردات و ناپایداری در تأمین دارو و تجهیزات که می‌تواند کشور را به‌ویژه در شرایط تحریم‌های ظالمانه در معرض کمبودهای مکرر و شوک‌های خارجی قرار داده و سلامت را تهدید کند نیز اهمیت بسیاری دارد.

قانون‌گذار در این فصل با رویکردی چند جانبه در پی مواجهه با این ابرچالش برآمده است. محور اصلی این رویکرد، تمرکز تولید و راهبری کلان نظام سلامت در وزارت بهداشت است تا با یکپارچه‌سازی سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، نظارت و به‌ویژه خرید راهبردی خدمات بتواند کارایی را افزایش و هزینه‌ها را کنترل کند. از سوی دیگر، با اجباری کردن پوشش بیمه پایه برای تمام جمعیت و هدفمندسازی یارانه‌ها بر اساس آزمون وسع، به دنبال تحقق عدالت در دسترسی و کاهش پرداخت از جیب مردم است. همچنین، با تعیین ضرب‌الاجل برای استقرار کامل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور، هدف بازگرداندن نظام سلامت به مسیر منطقی و تأکید بر پیشگیری و خدمات سطح پایه را دنبال می‌کند. در بعد تأمین دارو و تجهیزات، با الزام به ایجاد ذخایر راهبردی شش ماهه و تقویت تولید داخلی، به دنبال کاهش آسیب‌پذیری و افزایش خوداتکایی است. نهایتاً، قانون‌گذار با اصلاح نظام پرداخت به سمت روش‌های مبتنی بر عملکرد و موردی (گلوبال) و همچنین افزایش مالیات بر محصولات دخانی، در پی ایجاد مشوق‌های مالی برای ارتقای کیفیت خدمات و هم‌زمان تأمین منابع جدید برای نظام سلامت است. در مجموع، می‌توان گفت قانون‌گذار این فصل را با این باور طراحی کرده که حل ابرچالش نظام سلامت نیازمند یک تحول اساسی و تحت هدایت یک تولید متمرکز است که از طریق ابزارهای مالی، نظارتی و ساختاری هماهنگ، بتواند نظام سلامت را به سمت بهره‌وری، عدالت و پایداری سوق دهد.

۲-۲. مرور و تلخیص گزارش ناظران اجرایی و مالی مربوطه

گزارش عملکرد سال اول قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت را در حوزه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با نظارت ناظر اجرایی ارائه می‌دهد. در این سند، اقدامات انجام‌شده در اجرای قانون برنامه، شامل تدوین سازوکارهای قانونی و راه‌اندازی سامانه‌های ارزیابی عملکرد، شرح داده شده است. در این گزارش تلاش شده است تا عملکرد کمی اهداف تعیین‌شده در قالب جدول، همراه با وضعیت تحقق، اقدامات انجام‌شده و موانع موجود، ارائه گردد [۲]. گزارش ناظر مالی نیز تحت جداولی وضعیت تخصیص و هزینه کرد اعتبارات مصوب برای تکالیف قانونی مشخص شده در برنامه را نشان می‌دهد. همچنین، گزارش حاوی جمع‌بندی و اظهار نظر ناظر مالی درباره نقاط قوت و ضعف عملکرد دستگاه و ارائه پیشنهادهایی برای بهبود فرآیندها و رفع موانع تحقق اهداف برنامه در سال‌های آتی است [۳].

در گزارش ناظر اجرایی محورهای فصل ارتقای سلامت در برنامه هفتم از جمله وضعیت شاخص‌های کلان سلامت مانند کاهش پرداختی از جیب و پوشش بیمه همگانی، عملکرد شاخص‌های تخصصی تحت پوشش پزشک خانواده، و توسعه زیرساخت اطلاعات و فناوری سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین به وضعیت پیشرفت‌ها و چالش‌ها در حوزه‌هایی مانند تبادل برخط داده‌های سلامت، پایگاه‌های بیمه‌ای، آموزش پزشکی، طب ایرانی، برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، ارتقای کیفیت خدمات، مدیریت خطر بلایا و انتقال خون و... اشاره شده است.

بر اساس گزارش ناظر اجرایی وزارت بهداشت در حوزه شاخص‌های کلان سلامت، سهم پرداختی از جیب خانوارها در سال اول



اجرای برنامه ۳۹ درصد هدف‌گذاری شده‌است و تحقق آن بین ۳۹ تا ۴۲ درصد برآورد شده‌است در این خصوص عدم دسترسی به داده‌های آماری قابل‌استناد به‌عنوان یکی از موانع ارزیابی اجرای تکالیف دولت مورد اشاره قرار گرفته است. همچنین، پوشش کامل بیمه سلامت برای تمامی جمعیت ایرانی منوط به اجرای بند الف ماده ۷۳ قانون و الزامی بودن بیمه عنوان شده‌است که آیین‌نامه مربوطه در خرداد ۱۴۰۴ ابلاغ و در مرحله هماهنگی برای اجرا قرار دارد. در زمینه شاخص حداکثر درصد خانوارهای دچار هزینه‌های کاتاستروفیک، دسترسی به داده‌های آماری قابل‌استناد و به‌هنگام به‌عنوان چالش اصلی مطرح شده‌است.

در بخش‌هایی از گزارش نیز در برخی حوزه‌ها، وضعیت عملکرد از اهداف از پیش تعیین شده فراتر گزارش شده است. به‌عنوان مثال، در شاخص سرانه پزشک به جمعیت و مرگ ناشی از سکنه‌های قلبی در سنین زیر ۵۵ سال، عملکرد گزارش شده بهتر از هدف‌گذاری سال اول گزارش شده است. با این حال، در شاخص‌های مرتبط با پیش و کنترل بیماران دیابتی، فشار خون بالا و اختلالات چربی خون، اشاره شده‌است که سامانه‌های لازم هنوز به‌طور کامل ایجاد نشده و داده‌ها به‌صورت متمرکز در دسترس نیستند. همچنین، برای شاخص مصرف دخانیات، تأکید شده که بررسی این موضوع منوط به انجام مطالعات ملی مانند استپس است که فعلاً اجرای آن از مؤسسه ملی تحقیقات سلامت درخواست شده‌است.

در حوزه زیرساخت اطلاعات و فناوری سلامت نیز ارزیابی ناظر به این صورت بوده که اقدامات گسترده‌ای در حال انجام است. ایجاد و تقویت مراکز امن داده در ستاد وزارت بهداشت، راه‌اندازی مرکز عملیات امنیت و ایجاد مراکز پشتیبان در استان‌های گلستان، سمنان و یزد از جمله این اقدامات است که مورد اشاره قرار گرفته‌اند. همچنین گزارش شده است که توسعه پایگاه ملی سلامت با معماری جدید نیز در دستور کار قرار دارد و سامانه‌های مختلفی از جمله سامانه سقط قانونی، نوبت‌دهی الکترونیک، ارجاع و بازخورد الکترونیکی و رضایت‌سنجی خدمات سلامت آماده بهره‌برداری هستند یا به بهره‌برداری رسیده‌اند. علاوه بر این، دسترسی شهروندان به اطلاعات سلامت شخصی از طریق پنل‌های خاص و سامانه اپراتوری وزارت بهداشت، در حال فراهم شدن ارزیابی شده‌است. در زمینه تبادل و تجمیع برخط داده‌های سلامت نیز گزارش شده: که ارسال داده‌های بیمارستانی در زمان ترخیص انجام می‌شود و استانداردهای ارسال اطلاعات در زمان پذیرش و ثبت وقایع بالینی تدوین و ابلاغ شده‌است، تبادل اطلاعات نسخ الکترونیک و نسخ‌پیچی با سازمان‌های بیمه‌گر در حال انجام است، اما در مورد نیروهای مسلح داده‌ای وصول نشده و طراحی یک محصول مشترک در دست توافق است. دریافت داده‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری نیز در مراحل مختلف توسعه و پایلوت قرار دارد.

گزارش در بخش بیمه، تأکید کرده است که: پایگاه برخط بیمه‌شدگان درمان کشور به ۴۰ سازمان بیمه‌گر پایه و تکمیلی گسترش یافته و قابلیت تبدیل به پایگاه ملی بیمه سلامت را داراست. ایجاد پایگاه قواعد سلامت و پیاده‌سازی راهنماهای بالینی در بستر الکترونیک در حال مطالعه و توسعه است. آیین‌نامه اجرایی ضوابط حاکم بر کاروری سلامت رقومی در کارگروه اقتصاد دیجیتال به تصویب رسیده و در انتظار ابلاغ است. همچنین، استقرار امضای الکترونیک در حوزه سلامت با اولویت‌بندی اسناد دارای اهمیت قانونی ویژه و ایجاد مرکز میانی صدور گواهی الکترونیک سلامت در حال پیگیری است.

همچنین بر اساس گزارش ناظر، در حوزه آموزش پزشکی نیز افزایش سالانه ۱۲ درصدی ظرفیت پزشکی تخصصی در دستور کار قرار دارد و اقداماتی مانند بررسی زیرساخت‌های موجود، اولویت‌بندی دانشگاه‌ها و تعیین رشته‌ها و منابع مالی در حال انجام است. در حوزه طب ایرانی نیز، تدوین بسته‌های خدمت استاندارد، ورود تدابیر طب ایرانی به بسته‌های خدمتی و ادغام محتوای آموزه‌های آن در هفت بسته خدمت گروه‌های سنی و هدف در دست اقدام است.

سایر موارد مهم گزارش شده نیز به شرح ذیل قابل توضیح است: در زمینه تأمین منابع، تخصیص یک درصد از قیمت فروش خودرو و موتورسیکلت به خرید آمبولانس و موتور لانس پیش‌بینی شده و سند جامع مراقبت‌های سلامت به دولت ارسال شده‌است. همچنین، تخصیص منابع بودجه عمومی سلامت دارای ماهیت بیمه‌ای صرفاً از طریق نظام بیمه در حال انجام است.

در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، مشوق‌های پرداخت ابلاغ شده و در حال حاضر ۴۱ درصد از جمعیت ایران تحت پوشش

این برنامه قرار دارند. برای تغییر تعرفه خدمات شایع تشخیصی-درمانی از شیوه «به‌ازای خدمت» به «پرداخت موردی (گلوبال)» دستورالعمل مربوطه تدوین و ابلاغ شده‌است. همچنین، افزایش تدریجی ارائه خدمات درمانی تخصصی از طریق نظام ارجاع و الزام پزشکان متخصص بیمارستان‌های دولتی و خصوصی به ارائه خدمت به بیماران ارجاعی در دستور کار است. در حوزه ارتقای کیفیت خدمات، محصولات دانشی مختلف شامل شناسنامه‌ها، استانداردهای خدمت، راهنماهای تجویز دارو و پروتکل‌های تشخیص و درمان تدوین و ابلاغ شده‌است. تدوین و پایش شاخص‌های نظارت و ارزشیابی مراقبت‌ها و خدمات سلامت به‌صورت مستمر در حال انجام است. ارزیابی فناوری‌ها و خدمات جدید سلامت نیز به‌صورت روتین انجام می‌شود.

در بخش مدیریت خطر بلایا، اجرای طرح ایمن‌سازی و ارتقای تاب‌آوری بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی-درمانی با چالش کمبود اعتبار مواجه است. علی‌رغم پیش‌بینی اعتبار در بودجه، میزان تخصیص‌های انجام‌شده کمتر از مصوب بوده است. آموزش مدیران گروه مدیریت خطر بلایا در دانشگاه‌ها بر اساس نیازسنجی انجام‌شده و تدوین برنامه پاسخ به حوادث و بلایا در دستور کار قرار دارد. در حوزه انتقال خون نیز، انجام آزمایش‌های غربالگری نوین مانند آزمایش مایزاد (NAT) و سازگاری بافتی (HLA) با روش‌های جدید در حال اجراست و آمارهای گزارش‌شده در برخی موارد از اهداف تعیین شده فراتر رفته‌است. با این حال، وقوع جنگ ۱۲ روزه و اختلال در تأمین اقلام سلولی مورد نیاز، انجام آزمایش غربالگری آنتی‌بادی را در بازه زمانی مشخصی با مشکل مواجه کرده است. نتایج ارزیابی‌های مالی نیز به این اشاره دارد که با وجود تخصیص بخشی از اعتبارات و انجام برخی هزینه‌کردها، چالش‌های مهمی از جمله ناهماهنگی بین فرآیند بودجه‌ریزی سالانه و الزامات برنامه، تأخیر در ابلاغ قانون و عدم پیش‌بینی اعتبارات مشخص برای برخی احکام، باعث شده تا تحقق کامل تکالیف با مشکل مواجه شود. همچنین در مواردی امکان اظهارنظر دقیق درباره رعایت یا عدم رعایت جذب اعتبارات وجود نداشته و اجرای برخی احکام نیز در قالب وظایف عمومی دستگاه‌ها ادامه یافته‌است.

شایان‌ذکر است در ارزیابی گزارش ناظر اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیرامون عملکرد سال اول برنامه هفتم پیشرفت، نقاط قوت و ضعف مختلفی قابل تشخیص است که تصویری از فرآیند نظارت و پایش در این دستگاه ارائه می‌دهد. یکی از ویژگی‌های مثبت این گزارش، ساختار تفکیک‌شده آن در ارائه اطلاعات است. در جدول اصلی گزارش که به بررسی عملکرد اهداف کمی و احکام می‌پردازد، تلاش شده تا هر حکم به‌صورت مجزا همراه با ستون‌های میزان عملکرد، هدف کمی تعیین‌شده و درصد تحقق آن آورده شود. این رویکرد، در صورت درج اطلاعات کافی و با کیفیت لازم امکان پیگیری دقیق هر یک از مفاد قانون برنامه را برای ذی‌نفعان مختلف تسهیل می‌نماید.

با این حال، گزارش با کاستی‌های ساختاری نیز روبه‌رو است که بر کیفیت کلی آن تأثیر می‌گذارد. یکی از این ضعف‌ها، عدم رعایت توالی منطقی و اولویت‌بندی مناسب در ارائه مطالب است. گزارش به‌صورت ناگهانی و بدون مقدمه‌چینی کافی از بحث کلی ارزیابی برنامه به موضوع اجرای برنامه پزشک خانواده می‌پردازد. علاوه بر این، گزارش در زمینه تحلیل عمقی دلایل عدم موفقیت با ضعف روبه‌رو است. در بسیاری از موارد که عملکرد دستگاه در تحقق یک حکم صفر گزارش‌شده، ستون مربوط به دلایل عدم تحقق خالی مانده یا به علامت خط تیره محدود شده‌است. این سکوت تحلیلی، گزارش را از یک سند راهبردی به یک فهرست ساده از فعالیت‌ها تقلیل می‌دهد و فرصت یادگیری سازمانی و بهبود فرآیندها را از بین می‌برد.

ضعف دیگر گزارش، فقدان پیشنهادات کاربردی و راهکارهای عملی برای رفع موانع موجود است. اگرچه گزارش مشکلاتی مانند کمبود اعتبارات را شناسایی کرده، اما در ارائه راه‌حل‌های مشخص و عملیاتی برای این چالش‌ها ناتوان است. این نقیصه، ارزش کاربردی گزارش را به‌عنوان ابزاری برای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی آتی کاهش می‌دهد. یکی از مهم‌ترین بخش‌های گزارش، عبارت به کار رفته در پیشگفتار آن است که اشاره می‌کند سازمان برنامه و بودجه کشور صرفاً راهبردی و گردآوری گزارش‌ها را برعهده داشته و مسئولیت مفاد گزارش بر عهده مقامات دستگاه اجرایی است. این موضع‌گیری با روح حکم نظارتی در تعارض به نظر می‌رسد و این شبهه را ایجاد می‌کند که گزارش حاضر بیشتر یک گردآوری اطلاعات است تا یک ارزیابی تحلیلی.



در نهایت، گزارش فاقد یک بخش مجزا برای درس‌های آموخته شده و تجربیاتی که بتواند مبنایی برای بهبود طراحی و اجرای برنامه در سال‌های آتی باشد. در جمع‌بندی نهایی می‌توان گفت این گزارش به‌عنوان یک گزارش پیشرفت اجرایی اولیه می‌تواند مفید باشد، اما به‌عنوان یک سند نظارتی کامل یا ارزیابی برنامه پیشرفت، نیاز به بازنگری به‌ویژه در ساختار و عمق تحلیلی دارد. در مجموع این‌گونه باید گفت که گزارش حاضر اگرچه تلاش می‌کند بگوید که در کجا ایستاده‌ایم اما در پاسخ به این سؤال که چرا اینجا ایستاده‌ایم و حالا چه باید بکنیم نیاز به ارتقا دارد.

۲-۳. ارزیابی محتوایی مرکز با توجه به ابرچالش فصل، گزارش ناظران، گزارش انطباق برنامه و بودجه دولت

ارزیابی حاضر نشان می‌دهد که برنامه هفتم پیشرفت در فصل سلامت با درک از ابرچالش اصلی نظام سلامت، یعنی ناکارآمدی ساختاری، هزینه‌زایی بالا و بی‌عدالتی در دسترسی، طراحی شده‌است. در عمل، گزارش نظارتی سال اول حاکی از پیشرفت‌هایی در برخی حوزه‌های عملیاتی است، از جمله در توسعه زیرساخت سلامت الکترونیک، راه‌اندازی برخی سامانه‌ها، پیشرفت در تبادل برخط داده‌ها، و تحقق برخی اهداف کمی مانند کاهش مرگ‌ومیر ناشی از سکته قلبی. با این حال، این تصویر مثبت با چالش‌هایی تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد که عدم کندی تسری برنامه پزشکی خانواده به کل کشور از جمله آنها است. علاوه بر این، کمبود داده‌های قابل استناد و به‌هنگام برای پایش شاخص‌هایی مانند هزینه‌های کاتاستروفیک، عدم تکمیل سیستم‌های سامانه‌ای برای پایش بیماری‌های غیرواگیر و کمبود اعتبارات محسوس در حوزه‌های مهمی مانند ایمن‌سازی بیمارستان‌ها در برابر بلایا، از موانع مهم در مسیر تحقق اهداف کلان محسوب می‌شوند. از جنبه کیفی، اگرچه در گزارش ناظر سعی شده در ارائه داده‌های عملکردی شفافیت ایجاد شود اما فقدان تحلیل ریشه‌ای برای ناکامی‌ها، سکوت در بخش دلایل عدم تحقق برای بسیاری از احکام و عدم ارائه راهکارهای عملی و کاربردی برای رفع موانع از کاستی‌های آن به‌شمار می‌رود. به‌طور خاص، این گزارش اگرچه موقعیت کنونی را تا حدی روشن می‌سازد، اما در تبیین علل اصلی ایستایی‌ها و ارائه نقشه راه عملی برای جبران عقب‌ماندگی‌ها نیاز به تکمیل دارد. در نهایت، لازم است با اضافه کردن بخش مجزا برای درس‌آموزی و اشاعه تجربیات موفق، فرصت ارزشمند برای تسریع در یادگیری سازمانی و بهبود اجرا در سال‌های آینده برنامه ایجاد کرد. در جمع‌بندی نهایی، ارزیابی محتوایی حاکی از آن است که علی‌رغم حرکت چرخ‌های اجرایی برنامه و بروز برخی نقاط قوت، تحول اساسی مورد انتظار برای حل ابرچالش ساختاری نظام سلامت هنوز در گرو غلبه بر موانع مالی، اطلاعاتی و به‌ویژه اراده تحلیلی و اصلاحی ناظران و مجریان است.

۲-۴. ارزیابی مختصر دستگاه‌های اجرایی مربوطه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه هفتم پیشرفت، اقدامات مختلفی را در راستای اجرای تکالیف قانونی انجام داده است. این وزارتخانه مسئول تهیه و تدوین ۲۶ سازوکار از مجموع ۳۵ تکلیف محوله بوده که شامل آیین‌نامه‌ها، اساس‌نامه‌ها، اسناد و برنامه‌های عملیاتی می‌شود. طبق گزارش ناظر وزارت خانه مذکور ۲۳ سازوکار از جمله ۱۵ آیین‌نامه و یک اساس‌نامه به تصویب مراجع ذی‌ربط رسیده است و از مجموع ۱۰۶ حکم مستقیم و ۵ حکم عمومی مرتبط با این وزارتخانه، حدود ۴۰ درصد انجام شده است.

از اهم اقدامات انجام شده که به آنها اشاره شده‌است راه‌اندازی سامانه ارزیابی عملکرد برنامه‌های عملیاتی، تدوین و ابلاغ اهداف کلان، تنظیم برنامه عملیاتی مشترک با دانشگاه‌های علوم پزشکی و امضای تفاهم‌نامه با رؤسای دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها است. در حوزه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، زیرساخت تبادل الکترونیک تجویز و بازخورد سطح دوم به سطح یک تکمیل شده و اجرای برنامه از مهرماه ۱۴۰۳ در جمعیت روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر آغاز شده‌است. برای این برنامه، اعتباری بالغ بر ۱۸ همت برآورد شده‌است.

در حوزه سلامت الکترونیک، اقداماتی مانند ایجاد مراکز امن داده، توسعه پایگاه ملی سلامت، راه‌اندازی سامانه‌های مختلف از جمله سامانه سقط قانونی، نوبت‌دهی الکترونیک و سامانه ارجاع و بازخورد الکترونیکی انجام شده است. همچنین، سند نقشه راه سلامت الکترونیک کشور تهیه و به هیئت وزیران ارسال شده است. در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی، تدوین سند توسعه صادرات و تشکیل کارگروه مربوطه در دستور کار قرار دارد.

با این حال، برخی اقدامات انجام نشده یا با تأخیر مواجه شده‌اند. به‌عنوان مثال، در ماده ۷۰ قانون برنامه هفتم، تعیین و تبدیل تعرفه خدمات شایع تشخیصی-درمانی از شیوه «به‌ازای خدمت» به «پرداخت موردی» با عملکرد صفر درصدی در سال اول گزارش شده است. همچنین، در ماده ۷۱، تدوین آیین‌نامه مربوط به داروهای گیاهی و سنتی هنوز در مرحله بررسی در وزارت بهداشت است. در حوزه اورژانس پیش بیمارستانی، با وجود راه‌اندازی مجدد برخی پایگاه‌ها، در پایگاه هوایی چابهار خدمات بالگرد غیرفعال شده است. در بخش آموزش پزشکی، اگرچه شاخص‌های مورد نظر تعیین و نهایی شده، اما گزارش عملکرد مربوط به ماده ۹۵ هنوز در حال بررسی است. در حوزه طب ایرانی و مکمل نیز با توین بسته‌های خدمتی و استانداردها تدوین شده ولی شاخص‌هایی مانند درصد ارجاعات گیرندگان خدمت به مشاوران طب ایرانی و درصد خدمات تحت پوشش بیمه سلامت پایه، در سال اول عملکردی نداشته‌اند. شایان‌ذکر است که در بین آیین‌نامه‌های مختلفی که تدوین آنها ذیل فصل سلامت قانون برنامه هفتم پیشرفت تکلیف شده است، حسب بررسی موارد در دسترس در حوزه‌های مختلفی از جمله نسخه نویسی در شرایط اضطراری نظام سلامت، فهرست ملی دارو، نظارت بر محصولات کشاورزی و دامی، پوشش همگانی بیمه سلامت و تخصیص اعتبارات به برنامه‌های پیشگیری، قوت‌هایی نظیر تعریف دقیق و شفاف اصطلاحات برای جلوگیری از تفسیرهای سلیقه‌ایی، پیش‌بینی ضرب‌الاجل‌های مشخص برای جلوگیری از طولانی شدن فرآیندها، ایجاد تقسیم‌کار و چارچوب بین نهادهای مختلف برای جلوگیری از موازی‌کاری، در نظر گرفتن مکانیزم‌های انعطاف‌پذیر مانند مسیر ویژه برای موارد خاص، و تضمین‌های مالی و شفافیت در تخصیص بودجه برای پایداری طرح‌ها در آیین‌نامه‌های مذکور به چشم می‌خورد. در مقابل برخی ضعف‌های مشترک نیز وجود دارد که ابهام در فرآیندهای اجرایی کلیدی مانند استحقاق‌سنجی آفلاین یا ارزیابی وسع، که جزئیات آن‌ها به آینده و تصویب دستورالعمل‌های دیگری موکول شده، از جمله آنهاست. همچنین، بعضاً سازوکارهای نظارتی اغلب ناقص یا غیرعملی تعریف شده‌اند، به‌ویژه برای فعالیت‌های کاغذی و آفلاین، که خطر سوءاستفاده را افزایش می‌دهد. برخی از آیین‌نامه‌ها نیز فاقد راهکارهای شفاف برای شرایط پیچیده یا گروه‌های خاص، مانند بازارهای سنتی برای محصولات کشاورزی یا افراد فاقد یارانه برای بیمه سلامت هستند. ضعف در پیش‌بینی سازوکارهای دادرسی و تجدید نظر برای ذی‌نفعان، و همچنین غفلت از ارزیابی اثربخشی و پایش نتایج در بلندمدت، از دیگر نقاط ضعف در آیین‌نامه‌های مربوط است. نهایتاً وابستگی به دستورالعمل‌های آتی که هنوز تدوین نشده‌اند، اجرای این مقررات را می‌تواند با ابهام و تأخیر مواجه سازد.



۳. جمع‌بندی و ارائه پیشنهادات اصلاحی برای ارتقای تحقق آن فصل برنامه



ارزیابی کلی نظارت بر برنامه هفتم در فصل سلامت حاکی از آن است که اقدامات مثبت و پیشرفت‌هایی در حوزه‌هایی مانند توسعه زیرساخت سلامت الکترونیک، راه‌اندازی برخی سامانه‌ها، تبادل داده‌ها و تحقق بخشی از اهداف کمی مانند کاهش مرگ‌ومیر ناشی از سکته قلبی صورت گرفته است، اما این دستاوردها در برابر ابرچالش اصلی نظام سلامت - یعنی ناکارآمدی ساختاری، هزینه‌های کمرشکن برای خانوارها و نابرابری در دسترسی - هنوز ناکافی و پراکنده به نظر می‌رسد. مهم‌ترین نشانه این استنتاج، عدم تحقق اهداف کلانی مانند استقرار کامل نظام پزشکی خانواده است. شایان‌ذکر است کاستی در داده‌های قابل استناد و به‌هنگام، کمبود منابع. برای تسریع در تحقق اهداف این فصل، پیشنهاد می‌شود اولویت‌بندی دقیق و تخصیص منابع مشخص برای احکام کلیدی نظیر استقرار کامل پزشکی خانواده و نظام ارجاع، کاهش سهم پرداختی از جیب و پوشش همگانی بیمه در دستور کار قرار گیرد. همچنین رفع شکاف اطلاعاتی از طریق تأمین داده‌های قابل استناد و به‌هنگام برای شاخص‌هایی مانند هزینه‌های کاتاستروفیک و پایش بیماری‌های غیرواگیر ضروری است. ایجاد الزام برای ارائه تحلیل ریشه‌ای برای هر حکم محقق‌نشده در گزارش‌های آتی، به‌همراه ارائه راهکارهای عملیاتی و زمان‌بندی مشخص برای جبران تأخیرها نیز از جمله اقدامات لازم است. در نهایت، بازنگری در آیین‌نامه‌های مصوب برای رفع ابهامات اجرایی، شفاف‌سازی فرآیندها و تعریف سازوکارهای نظارتی کارآمدتر به‌ویژه برای فعالیت‌های آفلاین می‌تواند به بهبود کیفیت نظارت و اجرا بینجامد.

منابع و مأخذ



- [۱] قانون برنامه پنجساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۳-۱۴۰۷)، مصوب مجلس شورای اسلامی
- [۲] گزارش ناظر اجرایی در خصوص عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت - شورای عالی راهبری برنامه - شهریور ماه ۱۴۰۴.
- [۳] گزارش ناظر مالی در خصوص عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت - شورای عالی راهبری برنامه - شهریور ماه ۱۴۰۴.



جدول پیوست ۱. نظارت بر اهداف کمی فصل ارتقای سلامت در برنامه هفتم پیشرفت

| عنوان فصل | زیر فصل | آدرس | جدول | نوع | موضوع | دستگاه اصلی | دستگاه همکار | زمان بندی | تقویم | وضعیت اصلی | بار مالی | هدف کمی پایان برنامه | اهمیت | ارزیابی تحقق سال اول برنامه | دلایل عدم تحقق پایان برنامه | انتشار سابقه |
|---------------------------|---------|------|------|---------|--|-----------------------------|----------------------------------|--------------|---------|------------|----------|----------------------|-------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۰ | ۶۸ | * | هدف کمی | شاخص سهم پرداختی از جیب (اوت آف پاکت) | بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | سازمان تعاون، کار و رفاه اجتماعی | پایان برنامه | ۱۴۰۷،۱۲ | تکلیفی | دارد | ۳۰ | ۱ | تحقق کم | کمبود منابع مالی | دارد |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۰ | ۶۸ | * | هدف کمی | شاخص حداکثر درصد خانوارهایی که دچار هزینه‌های تحمل‌ناپذیر (کاتاستروفیک) می‌شوند | بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | سازمان تعاون، کار و رفاه اجتماعی | پایان برنامه | ۱۴۰۷،۱۲ | تکلیفی | دارد | ۲ | ۱ | تحقق کم | کمبود منابع مالی | دارد |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۰ | ۶۸ | * | هدف کمی | پوشش کامل بیمه سلامت برای تمامی جمعیت ایرانی کشور | بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | سازمان تعاون، کار و رفاه اجتماعی | پایان برنامه | ۱۴۰۷،۱۲ | تکلیفی | دارد | ۱۰۰ | ۱ | تحقق زیاد | فقدان توان کارشناسی | دارد |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۰ | ۶۸ | * | هدف کمی | سرانه پزشک به جمعیت | بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | سازمان تعاون، کار و رفاه اجتماعی | پایان برنامه | ۱۴۰۷،۱۲ | تکلیفی | دارد | ۲،۳ | ۱ | تحقق کم | کمبود منابع مالی | دارد |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۰ | ۶۸ | * | هدف کمی | مرگ ناشی از سکته‌های قلبی در سنین زیر ۵۵ سال نسبت به سال پایه در قالب پزشک خانواده | بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | سازمان تعاون، کار و رفاه اجتماعی | پایان برنامه | ۱۴۰۷،۱۲ | تکلیفی | دارد | ۷،۵ | ۱ | تحقق کم | فقدان توان کارشناسی | دارد |



| عنوان فصل | زیر فصل | آدرس | جدول | نوع | موضوع | دستگاه اصلی | دستگاه همکار | زمان‌بندی | تقویم | وضعیت | بار مالی | هدف کمی پایان برنامه | اهمیت | کمیسیون | ارزیابی تحقق سال اول برنامه | دلایل عدم تحقق پایان برنامه | سابقه انتشار |
|---------------------------|---------|------|------|---------|---|-----------------------------|----------------------------------|--------------|---------|--------|----------|----------------------|-------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۰ | ۶۸ | * | هدف کمی | کاهش دی. ام. اف در ۱۲ ساله‌ها نسبت به سال پایه در قالب پزشک خانواده | بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | سازمان تعاون، کار و رفاه اجتماعی | پایان برنامه | ۱۴۰۷،۱۲ | تکلیفی | دارد | ۱،۴ | ۱ | بهداشت و درمان | تحقق کم | فقدان توان کارشناسی | دارد |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۰ | ۶۸ | * | هدف کمی | شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران قند (دیابت یک) در قالب پزشک خانواده | بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | سازمان تعاون، کار و رفاه اجتماعی | پایان برنامه | ۱۴۰۷،۱۲ | تکلیفی | دارد | ۵۰ | ۱ | بهداشت و درمان | تحقق کم | فقدان توان کارشناسی | دارد |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۰ | ۶۸ | * | هدف کمی | شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران با فشار خون بالا افراد بالای ۳۰ سال در قالب پزشک خانواده | بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | سازمان تعاون، کار و رفاه اجتماعی | پایان برنامه | ۱۴۰۷،۱۲ | تکلیفی | دارد | ۶۰ | ۱ | بهداشت و درمان | تحقق کم | فقدان توان کارشناسی | دارد |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۰ | ۶۸ | * | هدف کمی | شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران با اختلالات چربی خون در قالب پزشک خانواده | بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | سازمان تعاون، کار و رفاه اجتماعی | پایان برنامه | ۱۴۰۷،۱۲ | تکلیفی | دارد | ۸۵ | ۱ | بهداشت و درمان | تحقق کم | فقدان توان کارشناسی | دارد |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۰ | ۶۸ | * | هدف کمی | شاخص پایش (کنترل) سه عامل قند خون، فشار خون و چربی در بیماران قند (دیابت یک) در قالب پزشک خانواده | بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | سازمان تعاون، کار و رفاه اجتماعی | پایان برنامه | ۱۴۰۷،۱۲ | تکلیفی | دارد | ۴۰ | ۱ | بهداشت و درمان | تحقق کم | فقدان توان کارشناسی | دارد |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۰ | ۶۸ | * | هدف کمی | شاخص مصرف دخانیات در قالب پزشک خانواده | بهداشت، درمان و آموزش پزشکی | سازمان تعاون، کار و رفاه اجتماعی | پایان برنامه | ۱۴۰۷،۱۲ | تکلیفی | دارد | ۱۰ | ۱ | بهداشت و درمان | تحقق کم | تداخل با سایر اهداف | دارد |

جدول پیوست ۲. نظارت بر اقدامات اجرایی فصل ارتقای سلامت در برنامه هفتم پیشرفت

| ماده / بند / جز / تبصره | موضوع | زمان بندی | تاریخ تصویب | متن | آیا احکام انجام شده است؟ | انطباق با قانون برنامه هفتم و سایر قوانین دائمی | توضیحات | اقدامات کارایی پیش بینی شده برای نیل به اهداف | توضیحات ۲ | تقسیم کار نهادی مناسب بین دستگاه های اجرایی | توضیحات ۳ | تعویق در اتخاذ تصمیمات (احاله به آینده) | توضیحات ۴ | وضعیت |
|-------------------------|---|---|-------------|---|--------------------------|---|---------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|-------|
| ۱۱/الف/۶۹ | سند نقشه راه سلامت الکترونیک کشور | ظرف سه ماه از لازم الاجرا شدن این قانون | ۱۴۰۴/۰۶/۳۰ | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف سه ماه از لازم الاجرا شدن این قانون سند نقشه راه سلامت الکترونیک کشور با هدف استقرار نظام معماری یکپارچه سلامت الکترونیک را تهیه نموده و به تصویب هیأت وزیران برساند. | ابلاغ نشده | | | | | | | | | |
| ۴/الف/۶۹ | اعطای مجوز کاربری یا اپراتوری سلامت الکترونیک | | ۱۴۰۴/۰۶/۲۷ | آیین نامه شامل توانایی فنی و مدیریتی در اساسنامه قانونی، قابلیت امکانات و تجهیزات، منابع مالی متناسب با میزان خدمات مربوط به پرونده سلامت الکترونیکی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تهیه می شود و به تصویب هیأت وزیران می رسد. | ابلاغ نشده | | | | | | | | | |



| ماده / بند / جز / تبصره | موضوع | زمان بندی | تاریخ تصویب | متن | آیا احکام انجام شده است؟ | انطباق با قانون برنامه هفتم و سایر قوانین دائمی | توضیحات | کارایی اقدامات پیش‌بینی شده برای نیل به اهداف | توضیحات ۲ | تقسیم کار نهادی مناسب بین دستگاه‌های اجرایی | توضیحات ۳ | تعیین در اتخاذ تصمیمات (احاله به آینده) | توضیحات ۴ | وضعیت |
|-------------------------|---|---|-------------|---|--------------------------|---|---------|---|---|---|--|---|----------------------------|-------|
| ۶۹الف/۶ | تهیه آیین‌نامه اجرایی بیمه‌های درمانی پایه به صورت الکترونیکی | ظرف سه ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون | ۱۴۰۴/۰۲/۳۱ | از سال اول اجرای این قانون کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی حسب درخواست یا نیاز سازمان‌های بیمه‌گر پایه، ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه و ارسال اسناد به صورت الکترونیکی می‌باشند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف سه ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون، آیین‌نامه اجرایی این بند مشتمل بر راهکار مدیریت شرایط اضطراری نظیر حوادث قهری و قطعی اینترنت را با رعایت قوانین تدوین نماید و به تصویب هیأت وزیران برساند | ✓ | نسبتاً منطبق | | مورد مهمی که به آینده موکول شده (مندرج در ستون بعدی) و در آیین‌نامه مغفول مانده، می‌تواند کارایی اقدامات تعیین شده در آیین‌نامه را تحت تاثیر قرار دهد. آیین‌نامه بیشتر بر راه‌حل‌های کوتاه‌مدت و اداری متمرکز است و برای شرایطی که زیرساخت‌ها برای روزها یا هفته‌ها به طور کامل از بین می‌روند، مانند سیل یا زلزله بزرگ، تمهیدات فنی جامعی مانند استقرار واحدهای سیار دارای ارتباط ماهواره‌ای پیش‌بینی نکرده است | مورد مهمی که به آینده موکول شده (مندرج در ستون بعدی) و در آیین‌نامه مغفول مانده، می‌تواند کارایی اقدامات تعیین شده در آیین‌نامه را تحت تاثیر قرار دهد. آیین‌نامه بیشتر بر راه‌حل‌های کوتاه‌مدت و اداری متمرکز است و برای شرایطی که زیرساخت‌ها برای روزها یا هفته‌ها به طور کامل از بین می‌روند، مانند سیل یا زلزله بزرگ، تمهیدات فنی جامعی مانند استقرار واحدهای سیار دارای ارتباط ماهواره‌ای پیش‌بینی نکرده است | تأجادی شفاف | در ماده ۳ (رفع اختلاف در تشخیص شرایط اضطراری) مسئولیت به صورت یک‌طرفه به وزارت بهداشت سپرده شده و سازوکار شفاف یا مشارکتی برای حل اختلاف با سازمان‌های بیمه‌گر (که متحمل هزینه می‌شوند) پیش‌بینی نشده است. | آیین‌نامه اجرایی برخی تصمیمات مهم همچون تدوین «شیوه‌نامه نظارتی» برای پیشگیری از تخلفات (ماده ۱۴) و راه‌اندازی «شناسه دسترسی» برای سامانه‌هایی مانند تیتک (ماده ۱۱) و تبصره ۳ را به آینده موکول کرده است. | قابل قبول با نیاز به اصلاح | |

| ماده / بند / جز / تبصره | موضوع | زمان بندی | تاریخ تصویب | متن | آیا احکام انجام شده است؟ | انطباق با قانون برنامه هفتم و سایر قوانین دائمی | توضیحات | کارایی اقدامات پیش بینی شده برای نیل به اهداف | توضیحات ۲ | تقسیم کار نهادی مناسب بین دستگاه های اجرایی | توضیحات ۳ | تعویق در اتخاذ تصمیمات (حاله به آینده) | توضیحات ۴ | وضعیت |
|-------------------------|---|-------------------------|-------------|---|--------------------------|---|---------|---|-----------|---|-----------|--|-----------|-------|
| ۶۹/ب | مابه التفاوت تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش های دولتی و خصوصی | | ۱۴۰۴/۰۶/۲۷ | آیین نامه اجرایی این بند به پیشنهاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیأت وزیران می رسد. فعالیت غیرانتفاعی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی خیریه، از شمول حکم این بند خارج است. | ابلاغ نشده | | | | | | | | | |
| ۶۹/پ | تهیه برنامه افزایش ظرفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با اولویت رشته های پرستاری، مامایی، پیراپزشکی، داروسازی و رشته های حد واسط | | ۱۴۰۴/۰۶/۲۷ | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است برنامه افزایش ظرفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با اولویت رشته های پرستاری، مامایی، پیراپزشکی، داروسازی و رشته های حد واسط را تهیه نموده و به تصویب هیأت وزیران برساند. | ابلاغ نشده | | | | | | | | | |
| ۶۹/ج | تهیه و اجرای سند جامع (خطمشی) مراقبت های سلامت | در سال اول اجرای برنامه | ۱۴۰۴/۰۶/۳۰ | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های نظام پزشکی و نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران و سایر ذی نفعان مکلف است در سال اول اجرای برنامه، سند جامع (خطمشی) مراقبت های سلامت را تهیه نموده و به تصویب هیأت وزیران برساند و نسبت به اجرای آن از ابتدای سال دوم برنامه اقدام کند. | ابلاغ نشده | | | | | | | | | |



| ماده / بند / جز / تبصره | موضوع | زمان بندی | تاریخ تصویب | متن | آیا احکام انجام شده است؟ | انطباق با قانون برنامه هفتم و سایر قوانین دائمی | توضیحات | اقدامات پیش‌بینی شده برای نیل به اهداف | توضیحات ۲ | تقسیم کار نهادی مناسب بین دستگاه‌های اجرایی | توضیحات ۳ | تعیین در اتخاذ تصمیمات (حاله به آینده) | توضیحات ۴ | وضعیت |
|-------------------------|--|-------------------------------|-------------|---|--------------------------|---|---------|--|-----------|---|-----------|--|-----------|-------|
| ۷۰/ت// | تغییر تعرفه خدمات شایع تشخیصی-درمانی پزشکی از شیوه «به‌ازای خدمت» به شیوه «پرداخت موردی (گلوبال) هزینه خدمات» | تا پایان سال اول برنامه | ۱۴۰۳/۱۲/۲۸ | شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است تا پایان سال اول برنامه، تعرفه خدمات شایع تشخیصی-درمانی پزشکی را از شیوه «به‌ازای خدمت» به شیوه «پرداخت موردی (گلوبال) هزینه خدمات» تبدیل و به تصویب هیأت وزیران برساند، به گونه‌ای که شیوه تعرفه‌گذاری حداقل چهارصد شناسه خدمت تا پایان برنامه، مشمول این تغییر شده باشد و توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی پس از تفکیک اقلام دارویی و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی به شیوه پرداخت جدید، خرید خدمت شود | ابلاغ نشده | | | | | | | | | |
| ۷۰/ج/۱ | تدوین و پیش‌نویس شاخص‌های پیش، نظارت، ارزیابی مراقبت‌ها و خدمات سلامت و اعتباربخشی با لحاظ پراکندگی جغرافیایی و نصاب جمعیتی و نظارت بر کلیه مراکز و مؤسسات خدمات مراقبتی، بهداشتی، تشخیصی، درمانی، دارویی و توانبخشی سرپایی و بستری بر اساس شاخص‌های تعیین شده، معیارها، راهنماهای بالینی، رعایت تعرفه‌ها و نظام پرداخت مصوب | در طول اجرای برنامه | سالانه | تدوین شاخص‌های پیش، نظارت، ارزیابی مراقبت‌ها و خدمات سلامت و اعتباربخشی با لحاظ پراکندگی جغرافیایی و نصاب جمعیتی و نظارت بر کلیه مراکز و مؤسسات خدمات مراقبتی، بهداشتی، تشخیصی، درمانی، دارویی و توانبخشی سرپایی و بستری بر اساس شاخص‌های تعیین شده، معیارها، راهنماهای بالینی، رعایت تعرفه‌ها و نظام پرداخت مصوب | در دسترس نبود | | | | | | | | | |
| ۷۰/ج/۲ | تأمین و ذخیره سازی حداقل ۶ ماه نیاز دارویی کشور | تا پایان سال اول اجرای برنامه | سالانه | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دستگاه‌های اجرایی مربوط مکلف است تا پایان سال اول اجرای برنامه، به گونه‌ای تنظیم‌گری نماید که ذخایر راهبردی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی با کیفیت به میزان حداقل شش‌ماه نیاز کشور با اولویت تولید داخلی و واردات رسمی تأمین باشد. | در دسترس نبود | | | | | | | | | |

| ماده / بند / جز / تبصره | موضوع | زمان بندی | تاریخ تصویب | متن | آیا احکام انجام شده است؟ | انطباق با قانون هفتم و سایر قوانین دائمی | توضیحات | اقدامات کارایی پیش بینی شده برای نیل به اهداف | توضیحات ۲ | تقسیم کار نهادی مناسب بین دستگاه های اجرایی | توضیحات ۳ | تعیین در اتخاذ تصمیمات (حاله به آینده) | توضیحات ۴ | وضعیت |
|-------------------------|---|---|-------------|---|--------------------------|--|---|--|-------------|---|------------|---|----------------------------|-------|
| ۷۱ الف // | نحوه تأمین پایدار، ذخیره سازی و هزینه کرد ذخایر راهبردی دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی کشور | تا پایان سال اول اجرای برنامه | ۱۴۰۳/۱۲/۰۱ | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دستگاه های اجرایی مربوط مکلف است تا پایان سال اول اجرای برنامه، به گونه ای تنظیم گری نماید که ذخایر راهبردی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی با کیفیت به میزان حداقل شش ماه نیاز کشور با اولویت تولید داخلی و واردات رسمی تأمین باشد. | ✓ | نسبتاً منطبق | در قانون برنامه، گزارش به کمیسیون بهداشت و معاونت نظارت مجلس تأکید شده، اما در آیین نامه تنها به گزارش ماهانه به کارگروه اشاره شده است. سازوکار گزارش شش ماهه به مجلس در آیین نامه نیامده است | نسبتاً مؤثر | تأییدی شفاف | به نقش وزارت خانه های همچون صمت و وزارت اقتصاد که موضوع تسهیل تولید، اردات و تأمین منابع در خیل هستند اشاره ای نشده است | بدون تعویق | قابل قبول با نیاز به اصلاح | | |
| ۷۱ ب // | تهیه فهرست رسمی دارویی ایران بر اساس نظام دارویی ملی کشور | ظرف سه ماه از لازم الاجرا شدن این قانون | ۱۴۰۳/۰۹/۲۸ | آیین نامه اجرایی این بند ظرف سه ماه از لازم الاجرا شدن این قانون توسط سازمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه می شود و به تصویب هیأت وزیران می رسد. | ✓ | کاملاً منطبق | نسبتاً مؤثر | آیین نامه در زمینه شفافیت درباره داروهای رد شده دارای کاستی است، زیرا الزامی برای انتشار عمومی دلایل عدم تأیید داروهای پیش بینی نکرده است. بین نامه به طور صریح به بررسی تعامل داروهای جدید با فهرست موجود نپرداخته و مشخص نیست که آیا افزودن داروهای جدید باید منجر به حذف داروهای کم اثر بخش قدیمی شود یا خیر. | شفاف | | تعویق مهم | وابط دقیق «نظارت بر تجویز دارو» (ماده ۱۱) به آینده و به مصوبات کارگروه موکول شده است. | قابل قبول با نیاز به اصلاح | |



| ماده / بند / جز / تبصره | موضوع | زمان‌بندی | تاریخ تصویب | متن | آیا احکام انجام شده است؟ | انطباق با قانون برنامه هفتم و سایر قوانین دائمی | توضیحات | کارایی اقدامات پیش‌بینی شده برای نیل به اهداف | توضیحات ۲ | تقسیم کار نهادی مناسب بین دستگاه‌های اجرایی | توضیحات ۳ | تعویق در اتخاذ تصمیمات (احاله به آینده) | توضیحات ۴ | وضعیت |
|-------------------------|----------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------|---|---------|---|-----------|---|-----------|---|-----------|-------|
| ۷۱/ج // | اساسنامه سازمان غذا و دارو | حداکثر ظرف سه‌ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون | ارسال به شورای نگهبان | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر ظرف سه‌ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون اساسنامه سازمان غذا و دارو را تهیه و برای تصویب تقدیم هیأت وزیران نماید. عدم ارائه اساسنامه پیشنهادی مذکور توسط مدیران ذی‌ربط وزارتخانه یادشده در مهلت مقرر به هیأت وزیران مشمول مجازات موضوع ماده (۵۹۸) کتاب پنجم قانون مجازات اسلامی (تعزیرات و مجازات‌های بازدارنده) خواهد بود. | ابلاغ نشده | | | | | | | | | |

| ماده / بند / جز / تبصره | موضوع | زمان بندی | تاریخ تصویب | متن | آیا احکام انجام شده است؟ | انطباق با قانون برنامه هفتم و سایر قوانین دائمی | توضیحات | اقدامات کارایی پیش بینی شده برای نیل به اهداف | توضیحات ۲ | تقسیم کار نهادی مناسب بین اجرائی | توضیحات ۳ | تعویق در اتخاذ تصمیمات (احاله به آینده) | توضیحات ۴ | وضعیت |
|-------------------------|---|-----------|-------------|--|--------------------------|---|---|--|-----------|--|-----------|--|-------------------|-------|
| ۷۱/بخ// | ارزیابی سلامت محصولات خام کشاورزی، دامی، طیور و آبی | | ۱۴۰۳/۱۲/۲۵ | این نامه اجرایی این بند توسط وزارت جهاد کشاورزی با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان ملی استاندارد ایران تهیه می شود و به تصویب هیأت وزیران می رسد. | ✓ | مغایرت جزئی | تمرکز صرف بر (۱) محصولات خام بسته بندی شده و عدم پوشش محصولات فله، (۲) عدم پوشش محصولات وارداتی و (۳) تمرکز عمده بر بسته بندی و شناسنامه دار کردن محصولات و غفلت از حمایت از محصولات فاقد آلاینده غیرمجاز در مواد (۵)، (۶) و (۹)، با شمول گسترده بند «خ» ماده (۷۱) قانون برنامه هفتم پیشرفت در تعارض است. عدم لحاظ نمودن نقش و جایگاه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که بر اساس ماده (۷) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور تشکیل شده و این نامه اجرایی آن نیز به تصویب هیأت وزیران رسیده است. ماده (۳) این نامه به «تهیه شناسنامه و فراهم کردن امکان تخصیص شناسه برای محصولات خام کشاورزی و فرآورده های خام دامی» اشاره کرده است. در حالی که هدف اصلی بند «خ» ماده (۷۱) قانون برنامه هفتم پیشرفت، تحقق ۱۰۰ درصدی شناسنامه دار کردن کلیه محصولات کشاورزی، انجام ارزیابی های لازم و اعلام عمومی نتایج بوده است و نه صرفاً فراهم کردن امکان تخصیص شناسه. این نامه مذکور با توجه به اینکه در حوزه ایمنی غذایی تدوین شده است، تکلیف کتی مندرج در جدول ماده (۳۲) قانون برنامه هفتم پیشرفت را به عنوان هدف غایی خود تلقی نموده است و مغایر با این ماده از برنامه هفتم است. تکلیف بازارهای سنتی و فروشگاه های کوچک که بخشی از عرضه محصولات کشاورزی را بر عهده دارند، به وضوح مشخص نشده و راهکاری برای اجرای مفاد آن در این مراکز ارائه نشده است | این آیین نامه اجرایی می بایست با رویکردی عملیاتی تر نسبت به متن قانون برنامه هفتم پیشرفت تدوین می شد و با پیش بینی سازوکارهای اجرایی مشخص، از جمله بهره گیری از ظرفیت تشکل ها، تأمین و توزیع نهاده های غیرشیمیایی و ایجاد بسترهای لازم برای تولید محصولات سالم، زمینه تحقق اهداف قانونی را فراهم می کرد. | نامتوازن | ماده (۷): در بند «۱» این ماده، وزارت جهاد کشاورزی مکلف شده است تا با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان ملی استاندارد، محصولات ثبت شده در نظام رهگیری و ردیابی را «به منظور انجام اقدامات قانونی لازم مورد بررسی و نظارت قرار دهد». این عبارت از چند جهت نیازمند شفاف سازی است. نخست آنکه مفهوم «اقدامات قانونی لازم»، به روشنی تعریف نشده و مشخص نیست دقیقاً چه نوع اقداماتی مدنظر بوده است. ثانیاً، دامنه و محل اجرای نظارت و نیز محتوای نظارت (ارزیابی باقیمانده ها، پایش مصرف کود و سموم یا سایر موارد) به وضوح مشخص نشده است. در بند «۲» واگذاری مسئولیت ارزیابی به دو دستگاه مختلف (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان ملی استاندارد) بدون تعیین دقیق حدود وظایف، اختیارات و حوزه فعالیت هر یک، زمینه را برای بروز مشکلاتی از قبیل موازی کاری، تعارض نظرات، تفاوت در نتایج ارزیابی و حتی ترک فعل فراهم می آورد. | | با وجود اینکه بند «خ» ماده (۷۱) قانون برنامه هفتم پیشرفت، سه وظیفه (۱) استقرار نظام پایش، (۲) رهگیری و (۳) ارزیابی باقیمانده ها را مشخصاً تکلیف کرده است؛ ولی آیین نامه اجرایی مصوب، جزئیات لازم را در هر یک از این سه وظیفه مشخص نکرده و صرفاً اشاره کرده رئیس اصلی «ضوابط فنی» فرآیندها و برنامه اجرایی «ظرف شش ماه آینده تدوین شود. تبصره (۱) ماده (۵)، عدم عرضه محصولات دارای باقیمانده غیرمجاز و یا فاقد شناسنامه را به بعد از استقرار سامانه موکول کرده و جزئیات ضرور و استقرار سامانه تعیین شده است. تبصره ماده (۷) سازمان دامپزشکی صرفاً مکلف به تدوین و اجرای برنامه ملی پایش باقیمانده ها شده است؛ حال آنکه برای تحقق کامل اهداف بند «خ» ماده (۷۱) قانون برنامه هفتم، تدوین برنامه های جامع تر از جمله برنامه ملی اصلاح مصرف نهاده ها و اصلاح الگوی رفتار دامداران به منظور تحقق اهدافی از جمله کاهش مصرف آنتی بیوتیک ها و داروهای شیمیایی دامی ضروری به نظر می رسد. | نیازمند بهبود جدی | |



| ماده / بند / جز / تبصره | موضوع | زمان بندی | تاریخ تصویب | متن | آیا احکام انجام شده است؟ | انطباق با قانون برنامه هفتم و سایر قوانین دائمی | توضیحات | اقدامات پیش‌بینی شده برای نیل به اهداف | توضیحات ۲ | تقسیم کار نهادی مناسب بین دستگاه‌های اجرایی | توضیحات ۳ | تعویق در اتخاذ تصمیمات (احاله به آینده) | توضیحات ۴ | وضعیت |
|-------------------------|---|-----------|-------------|---|--------------------------|---|-------------|--|-----------|---|-----------|---|-----------|------------------------|
| ۷۳ الف // | تهیه آیین نامه اجباری بودن پوشش بیمه پایه برای تمامی جمعیت کشور | | ۱۴۰۴/۰۳/۱۳ | به‌منظور تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدامات زیر انجام می‌گیرد: الف- پوشش بیمه پایه برای تمامی جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق بیمه سرپرست خانوار و افراد تحت تکفل وی از طریق ارزیابی وسیع برای حداقل پنج‌دهک پایین درآمدی به‌صورت رایگان و برای سایر دهک‌ها با اخذ سرانه بر اساس ضوابط ذیل و آیین‌نامه‌ای است که به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت کشور تهیه می‌شود و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد. | ✓ | کاملاً منطبق | نسبتاً مؤثر | | | شفاف | | تعویق جزئی | | بسیار مطلوب و هم‌راستا |
| ۷۳ الف //* | تهیه آیین نامه دریافت حق بیمه پایه سلامت برای ایرانیان فاقد بیمه پایه | | ۱۴۰۴/۰۳/۱۳ | کلیه ایرانیان فاقد بیمه پایه سلامت، بیمه‌شده سازمان بیمه سلامت ایران محسوب می‌شوند. مطالبات سازمان بابت حق بیمه و خسارات تأخیر تأدیه بر اساس مفاد این قانون، در حکم مطالبات مستند به اسناد لازم‌الاجراست و با اعلام سازمان بیمه سلامت ایران از محل مطالبات فرد از دستگاه‌های اجرایی از جمله یارانه نقدی به‌موجب آیین‌نامه اجرایی که توسط بیمه سلامت ایران و همکاری سازمان هدفمندسازی یارانه‌ها تهیه شده و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد، دریافت می‌شود. | ✓ | کاملاً منطبق | نسبتاً مؤثر | | | شفاف | | تعویق جزئی | | بسیار مطلوب و هم‌راستا |

| ماده / بند / جز / تبصره | موضوع | زمان بندی | تاریخ تصویب | متن | آیا احکام انجام شده است؟ | انطباق با قانون هفتم و سایر قوانین دائمی | توضیحات | اقدامات پیش بینی شده برای نیل به اهداف | توضیحات ۲ | تقسیم کار نهادی مناسب بین دستگاه های اجرایی | توضیحات ۳ | تعویق در اتخاذ تصمیمات (حاله به آینده) | توضیحات ۴ | وضعیت |
|-------------------------|--|-----------|-------------|--|--------------------------|--|---|--|-----------|---|-----------|--|-------------------|-------|
| ۷۳/ت// | برقراری نظام خودپرداخت متغیر و پلکانی خدمات پزشکی از طریق استطاعت مالی | | ۱۴۰۴/۰۶/۲۷ | به منظور کاهش هزینه های مردم، شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است نسبت به استطاعت سنجی مالی مبتنی بر داده های پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی و درمانی خانوارها از طریق برقراری نظام خودپرداخت متغیر و پلکانی برای بسته مذکور مبتنی بر بار مالی خدمات، اقدام نماید و مراتب را به تصویب هیأت وزیران برساند. | در دسترس نبود | | | | | | | | | |
| ۷۳/ت// | اجرای برنامه حمایتی درمان مازاد بر بیمه پایه برای بازنشستگان و حداقل سه دهک پایین درآمدی | | ۱۴۰۴/۰۲/۲۲ | دولت مجاز است از سال اول اجرای برنامه با رعایت اصل بیست و نهم (۲۹) قانون اساسی بر اساس آزمون وسیع و در سقف بودجه مصوب نسبت به اجرای برنامه حمایتی درمان مازاد بر بسته بیمه پایه در بیمارستان ها و مراکز درمانی دولتی برای بازنشستگان و دهک های پایین درآمدی (حداقل سه دهک) بر اساس آیین نامه ای که به پیشنهاد سازمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیأت وزیران می رسد، اقدام نماید. | ✓ | مغایرت جدی | مغایر با ماده ۸ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه ای کشور مبنی بر اینکه: عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام می شود توسط شرکت های بیمه تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است. پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی به جز در مواردی که در قوانین خاص معین شده است، بر عهده افراد بیمه شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست. | کم اثر | | تأخیر شفاف | | بدون تعویق | نیازمند بهبود جدی | |



| ماده / بند / جز / تبصره | موضوع | زمان‌بندی | تاریخ تصویب | متن | آیا احکام انجام شده است؟ | انطباق با قانون بر نامه هفتم و سایر قوانین دائمی | توضیحات | اقدامات پیش‌بینی شده برای نیل به اهداف | تقسیم کار نهادی مناسب بین دستگاه‌های اجرایی | توضیحات ۳ | تعمیق در اتخاذ تصمیمات (احاله به آینده) | توضیحات ۴ | وضعیت |
|-------------------------|---|-----------|-------------|---|--------------------------|--|---|--|---|---|---|--|----------------------|
| ۷۳/ج // | تهیه آیین نامه تخصیص ۵ درصد اعتبارات بیمه پایه سلامت به پیشگیری | | ۱۴۰۴/۰۲/۲۲ | سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت مکلفند در طول اجرای برنامه، حداقل پنج درصد (۵٪) از اعتبارات مصوب سالانه خود را جهت ارتقای اصول پیشگیری در سطح جامعه در موارد خودمراقبتی (پایش عوامل خطر متابولیک)، ورزش، تغذیه سالم، بهداشت روان و مهار (کنترل) مصرف دخانیات بر اساس اطلاعات موجود در پایگاه ملی سلامت یا پرونده الکترونیکی سلامت در قالب مشوق‌های مختلف برای بیمه‌شدگان از جمله تخفیف در حق بیمه هزینه نمایند. آیین‌نامه اجرایی این بند توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور تهیه می‌شود و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد. | ✓ | مغایرت جدی | آیین نامه در سال اول اجرا در برخی موضوعات قانون همچون سلامت روان، دخانیات و تغذیه سالم رویه ای را ایجاد نکرده است. بعنوان مثال تنها در بند «۸» بدون تعریف دقیق یا پرداختن به ابعاد اجرایی به آن اشاره شده است. این در حالی است که علاوه بر بند «ج» ماده (۷۲) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم، سایر اسناد بالادستی کشور از جمله سیاست‌های کلی نظام در حوزه سلامت، سند ملی دانش‌بنیان امنیت غذایی و سند ملی امنیت غذا و تغذیه، بر اصلاح سبک تغذیه‌ای جامعه، به‌روزرسانی سبد غذایی، ترویج غذاهای بومی-سنتی و اصلاح ذائقه غذایی به سوی غذای سالم تأکید دارند. | بی‌اثر | ناهماهنگ | تقسیم کاری در خصوص تغذیه سالم در آیین نامه صورت نگرفته‌است. | تعمیق گسترده | تدوین و ابلاغ شاخص‌های پیشگیری از حمله پایش (کنترل) نمایه توده بدنی (بی ام آی)، پیشگیری و پایش (کنترل) پر فشاری خون، دیابت و انجام فعالیت‌های ورزشی در ماده ۲، به آینده موکول شده است. | نامطلوب / عدم انطباق |

جدول پیوست ۳. ارزیابی عملکرد دهم اقدامات اجرایی فصل ارتقای سلامت در برنامه هفتم پیشرفت

| فصل | ماده | بند | جزء | تبصره | موضوع | زمان بندی | کمیسیون | متن | میزان اجرای حکم | دلایل عدم تحقق کامل | توضیحات |
|------------------------------|------|-----|-----|-------|---|----------------------------------|---|--|-----------------|--|---|
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۶۹ | الف | ۳.۱ | | استحقاق سنجی و بررسی هم پوشانی بیمه | تا پایان سال اول اجرای این قانون | بهداشت و درمان - اجتماعی | به منظور یکپارچه سازی و ارتقای سطح قاعده مندی نظام خرید خدمات سلامت و تجمیع قواعد بیمه ای حوزه خدمات سلامت سرپایی و بستری و تسهیل و تسریع دسترسی ایرانیان در بهره مندی از این خدمات: ۱-۳- کلیه شرکتها و صندوق های بیمه پایه و تکمیلی درمان با هر ماهیت حقوقی اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی و نیز شرکتها و صندوق های وابسته به اشخاصی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر یا تصریح نام است مکلفند تا پایان سال اول اجرای این قانون، کلیه مراحل استحقاق سنجی اعم از احراز هویت و پوشش بیمه ای و پایش (کنترل) هم پوشانی بیمه ای را منحصرا مبتنی بر قانون مدیریت داده ها و اطلاعات ملی (پایگاه ملی بیمه های سلامت کشور)، به انجام رسانند. این شرکتها و صندوقها مکلفند داده های مرتبط با اطلاعات بیمه ای بیمه شدگان خود را در پایگاه، به روز نگه داشته و کلیه مراحل ارائه خدمات خود را منوط به استفاده از پایگاه نمایندند. | بخشی انجام شده | کمبود اراده یا توان مدیریتی | برخی صندوق های (کوچک) بیمه همکاری لازم را ندارند-در خصوص بیمه نیروهای مسلح نیز ملاحظات امنیتی وجود دارد که باید برای آن راهکارهای مشخص دیده شود |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۶۹ | ب | | | جبران مابه التفاوت تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش های دولتی و خصوصی | سالانه | بهداشت و درمان - برنامه و بودجه و محاسبات - اجتماعی | هیچیک از پزشکان، دندانپزشکان، داروسازان و مشمولان قانون ارتقای بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت مصوب ۱۳۸۸/۱/۳۰ که در استخدام رسمی، پیمانی و قراردادی دستگاه های اجرایی شاغل در ستاد یا مراکز و مؤسسات ارائه خدمات سلامت موضوع قانون مذکور هستند، مجاز به فعالیت انتقالی پزشکی در مراکز تشخیصی آموزشی درمانی و بیمارستان های بخش خصوصی، عمومی غیردولتی و خیریه با رعایت تبصره (۱) ماده واحده قانون ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل مصوب ۱۳۷۳/۱۰/۱۱ با فعالیت انتقالی پزشکی در بخش خصوصی مرتبط با حوزه ستادی مربوط به غیر از دستگاه اجرایی خود نیستند. مسؤلیت اجرای این حکم حسب مورد بر عهده وزرای مربوط و رئیس سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران است. دولت مکلف است به منظور اجرای این حکم، از طریق اعمال تعرفه مربوط و اصلاح نظام پرداخت کارانه بر مبنای مابه التفاوت تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش های دولتی و خصوصی موضوع بند «الف» ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور، در چهارچوب بودجه سنواتی خدمات ذی نفعان را جبران نماید. | انجام نشده | کمبود اراده یا توان مدیریتی، نیازمند آیین نامه یا سایر مقررات | در خصوص شمولیت این حکم در مورد سازمان تأمین اجتماعی استفساریه ای جهت معاونت حقوقی ارسال شده است. پس از دریافت پاسخ استفساریه و در صورت شمولیت، متعاقب ابلاغ آیین نامه اجرایی ذیربط، اقدامات لازم از سوی سازمان تأمین اجتماعی اتخاذ خواهد شد |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۷۰ | پ | | | استقرار کامل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع | تا پایان سال اول اجرای برنامه | بهداشت و درمان - اجتماعی - برنامه و بودجه و محاسبات | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای نظام شبکه بهداشتی-درمانی کشور مشتمل بر مراقبت ها و خدمات یکپارچه بهداشتی، تشخیصی، درمانی، مراقبتی، دارویی و توانبخشی سرپایی و بستری با اولویت بهداشت و پیشگیری تا پایان سال اول اجرای برنامه نسبت به استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای تمامی جمعیت کشور با استفاده از تمامی ظرفیت های حرف تخصصی دولتی و غیردولتی اقدام نماید | انجام نشده | کمبود اراده یا توان مدیریتی - تردید نسبت به تأمین منابع پایدار | |



| فصل | ماده | بند | جزء | تبصره | موضوع | زمان‌بندی | کمیسیون | متن | میزان اجرای حکم | دلایل عدم تحقق کامل | توضیحات |
|---------------------------|------|-----|-----|-------|--|--|--------------------------|---|-----------------|----------------------------------|---|
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۷۰ | ت | | | تغییر تعرفه خدمات شایع تشخیصی- درمانی پزشکی از شیوه «به‌ازای خدمت» به شیوه «پرداخت موردی (گلوبال) هزینه خدمات» | تا پایان سال اول برنامه | بهداشت و درمان - اجتماعی | شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است تا پایان سال اول برنامه، تعرفه خدمات شایع تشخیصی- درمانی پزشکی را از شیوه «به‌ازای خدمت» به شیوه «پرداخت موردی (گلوبال) هزینه خدمات» تبدیل و به تصویب هیأت وزیران برساند، به‌گونه‌ای که شیوه تعرفه‌گذاری حداقل چهارصد شناسه خدمت تا پایان برنامه، مشمول این تغییر شده باشد و توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی پس از تفکیک اقلام دارویی و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی به شیوه پرداخت جدید، خرید خدمت شود. | بخشی انجام شده | نیازمند آیین‌نامه یا سایر مقررات | |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۷۰ | ج | | * | بارگذاری و استفاده بر اساس منطقی سازی خدمات سلامت و شاخص‌های تدوین شده | حداکثر ظرف یک ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون | بهداشت و درمان - اجتماعی | سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی درمان مکلفند موارد فوق را حسب مورد حداکثر ظرف یک‌ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون در بستر سامانه‌های هوشمند سلامت با رعایت قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی، بارگذاری و استفاده نمایند. | بخشی انجام شده | نیازمند آیین‌نامه یا سایر مقررات | |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۷۳ | ت | | | تعیین سقف ریالی پرداخت از جیب بیمار | سالانه | بهداشت و درمان - اجتماعی | سقف ریالی پرداخت از جیب بیمار به‌صورت سالانه در راستای هدف کتی مندرج در جدول شماره (۱۵) تا پایان برنامه و از طریق ساز و کار ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور تعیین می‌گردد. | بخشی انجام شده | نیازمند آیین‌نامه یا سایر مقررات | |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۷۳ | ث | | | اجرای برنامه حمایتی درمان مازاد بر بیمه پایه برای بازنشستگان و حداقل سه دهک پایین درآمدی | سال اول اجرای برنامه | بهداشت و درمان - اجتماعی | دولت مجاز است از سال اول اجرای برنامه با رعایت اصل بیست و نهم (۲۹) قانون اساسی بر اساس آزمون وسیع و در سقف بودجه مصوب نسبت به اجرای برنامه حمایتی درمان مازاد بر بسته بیمه پایه در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی برای بازنشستگان و دهک‌های پایین درآمدی (حداقل سه‌دهک) | بخشی انجام شده | | |
| فصل ۱۴- ارتقای نظام سلامت | ۷۳ | ج | | | ارائه رایگان خدمات بستری برای مددجویان تحت پوشش کمیته‌امداد امام‌خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور، رزمندگان معسر و زنان سرپرست خانوار معسر با تأیید نهادهای مربوط به‌صورت رایگان و برای سایر گروه‌ها در دهک‌های اول تا پنجم دو درصد (۰/۲) و سایر دهک‌ها ده درصد (۰/۱۰) تعیین می‌گردد. اجرای حکم این بند منوط به تأمین منابع مالی مورد نیاز توسط دولت در قوانین بودجه ستوانی است. | سالانه | بهداشت و درمان - اجتماعی | سهم بیمه‌گذار (فرانشیز) در موارد بستری برای مددجویان تحت پوشش کمیته‌امداد امام‌خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور، رزمندگان معسر و زنان سرپرست خانوار معسر با تأیید نهادهای مربوط به‌صورت رایگان و برای سایر گروه‌ها در دهک‌های اول تا پنجم دو درصد (۰/۲) و سایر دهک‌ها ده درصد (۰/۱۰) تعیین می‌گردد. اجرای حکم این بند منوط به تأمین منابع مالی مورد نیاز توسط دولت در قوانین بودجه ستوانی است. | بیشتر انجام شده | نیازمند آیین‌نامه یا سایر مقررات | در قالب تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی سال ۱۴۰۴ طی تصویب‌نامه شماره ۲۰۸۰۳۰۴ / ت ۶۳۹۳۸ ه مورخ ۲۸/۱۲/۱۴۰۳ ابلاغ شده و از ابتدای سال ۱۴۰۴ در حال اجرا می‌باشد |

گزیده سیاستی

برای تسریع در تحقق اهداف فصل ارتقای سلامت در قانون برنامه هفتم پیشرفت لازم است اولویت‌بندی دقیق و تخصیص منابع مالی مشخص و کافی برای احکام کلیدی نظیر استقرار کامل پزشکی خانواده و نظام ارجاع، کاهش سهم پرداختی از جیب و تحقق پوشش همگانی بیمه پایه در دستور کار قرار گیرد.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۰۲۱-۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc.majles.ir