

با نمایندگان مردم در مجلس نهم ۱۳. آشنایی با بخش سلامت

به نام خدا

فهرست مطالب

۱	پیشگفتار.....
۲	چکیده.....
۳	مقدمه.....
۳	۱. تبیین و تعریف مفاهیم.....
۹	۲. اهمیت موضوع و تأثیرگذاری موضوع در سطح ملی.....
۱۱	۳. سازمان‌ها و نهادهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت.....
۱۴	۴. قوانین.....
۱۵	۵. بررسی وضعیت موجود نظام سلامت.....
۲۴	۶. وضعیت کارکردهای نظام سلامت.....
۲۷	۷. تدوین و تحلیل قوانین و سیاست‌ها از نظر مفهومی.....
۳۳	منابع و مأخذ.....



با نمایندگان مردم در مجلس نهم ۱۳. آشنایی با بخش سلامت

پیشگفتار

جایگاه مجلس شورای اسلامی در مقام «خانه ملت» که «عصاره فضایل مردم» است و در جایگاه مرجع انحصاری قانونگذاری در کشور که صلاحیت نظارت بر امور کشور را هم دارد به قدری والا است که معمار کبیر انقلاب اسلامی خمینی روح‌الله این جایگاه را در رأس امور دانست.

وظیفه نمایندگی و وظیفه الهی در مقام نمایندگی مردم در نظام اسلامی است و نمایندگان محترم مجلس ضروری است که با علم و عمل به این تکلیف عمل نموده و پاسدار حقوق مردم شریف بوده و در تحقق اهداف انقلاب اسلامی تلاش نمایند.

مهمترین وظیفه مجلس شورای اسلامی و نمایندگان محترم مجلس، قانونگذاری و نظارت بر حسن اجرای قوانین مصوب است. بدیهی است برای کارآمدی و اثربخشی هرچه بیشتر فعالیت‌هایی که در بازه زمانی چهارساله دوره نهم مجلس در این دو عرصه انجام می‌گیرد لازم است تا نمایندگان محترم توجه خود را معطوف به موضوعات و مسائلی نمایند که تأثیر قانونگذاری آنها در نظام اجرایی کشور بادوام و فراگیر بوده و تضمین‌کننده توأمان توسعه و عدالت باشد.

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی در راستای ارائه خدمت به نمایندگان محترم مبادرت به تهیه یک بسته اطلاع‌رسانی در موضوعات مختلف نموده است تا اطلاعات لازم و مورد نیاز اولیه را جهت نمایندگان برگزیده مردم در دوره نهم مجلس تأمین نماید و چنانچه نمایندگان برگزیده در موضوعاتی اطلاعات کمتری را داشته باشند با استفاده از این مجموعه امکان افزایش سطح دانش آنان در این موارد فراهم شود. موضوعاتی که در این سلسله گزارشات انتخاب شده‌اند در موضوعات مختلف حقوقی، سیاسی، اقتصادی، برنامه و بودجه، اجتماعی، زیربنایی، انرژی و صنعت و معدن با همین رویکرد برگزیده و اولویت‌گذاری شده‌اند.

امید است آنچه انتشار یافته و در اختیار قرار گرفته قابل استفاده و مفید باشد و اطلاعات اولیه لازم مورد نیاز را برای نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی فراهم نماید. همچنین امید است دوره نهم مجلس شورای اسلامی با همکاری تمام نهادهای مؤثر در سیاستگذاری و همت نمایندگان

شاهد دوره‌ای پربار و کارآمد از نظام قانونگذاری باشیم که مرضی حضرت حق جل و علا و حضرت بقیه‌الله قرار گیرد.

چکیده

درحال حاضر در کشور ما وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تولیت نظام سلامت را به‌عهده دارد. نیاز به تحول در نظام ارائه خدمت و بازتعریف قوانین حاکم بر بازار سلامت از زمان تصویب قانون برنامه چهارم توسعه به‌طور جدی حس شد و با قوانینی ازجمله «نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده» آغاز گردید. در قانون برنامه پنجم ضمن تأکید بر نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات به دو موضوع اساسی دیگر یعنی «بیمه سلامت و تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای» و «منع فعالیت همزمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی» نیز پرداخته شد.

بررسی شاخص‌های سلامت و مقایسه آنها با برخی شاخص‌های کلان اقتصادی در کشور و مقایسه آنها با برخی کشورهای منطقه چند پیام مهم ازجمله موارد زیر را دربردارد:

۱. ما نیز در شاخص‌های سلامت روند رو به رشدی را داریم ولی هنوز از عدالت در سلامت فاصله داریم،

۲. سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در کشور ما پایین است،

۳. بخش قابل توجهی از هزینه‌های سلامت را مردم در هنگام خرید خدمات به‌طور مستقیم از جیب^۱ خود می‌پردازند،

۴. امروزه به‌دلیل بهبود سطح بهداشت درحال گذار بیماری‌ها هستیم و الگوی بیماری‌ها درحال تغییر از بیماری‌های عفونی و واگیر به بیماری‌های مزمن و غیرواگیر است که به‌دلیل مزمن بودن و نیاز به درمان مادام‌العمر، بروز ناتوانی در فرد در اغلب موارد و ... آثار اقتصادی مهمی در سطح خانواده ملی به‌دنبال دارند.

۵. افزایش امید به زندگی و تغییرات ساختار جمعیتی، موجب افزایش درصد افراد بالای ۶۵ سال در آینده خواهند شد و نیازهای بهداشتی و اجتماعی خاص خود را طلب می‌کنند.

فراموش نکنیم که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بدون حمایت همه‌جانبه دولت، مجلس و مشارکت سایر بخش‌ها و درنهایت مردم در رسیدن به هدف اصلی خود یعنی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت در تمام ابعاد آن، با چالش‌های اساسی روبرو خواهد شد.



برنامه‌ریزی و سیاستگذاری صحیح در هر حوزه‌ای نیازمند داشتن آگاهی و اطلاعات لازم در آن زمینه است و زمانی این تصمیم‌سازی‌ها به حوزه سلامت مربوط می‌شود به دلیل اینکه انسان سالم محور توسعه هر کشور است، اهمیت دو چندان پیدا می‌کند. امروزه معتقدند سلامت یک انسان فقط با نداشتن بیماری جسمی و روحی تأمین نمی‌شود، بلکه بعد سلامت اجتماعی و معنوی نیز در کنار دو بعد جسمی و روانی قرار گرفته است و این ابعاد کاملاً از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند. بنابراین تأمین سلامت جامعه براساس تعریف جدید آن به تنهایی از عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خارج است. نظام سلامت برای رسیدن به هدف اصلی خود یعنی تأمین سلامت جامعه نیازمند حمایت‌های قانونی صحیح، همکاری بین بخشی با تمام سازمان‌ها و نهادها، مشارکت مردمی و در رأس همه خواست و حمایت حاکمیت است.

لذا در این گزارش سعی شده است ابزارهای اولیه برای تصمیم‌سازی آگاهانه در بخش بهداشت و درمان کشور در اختیار نمایندگان محترم قرار گیرد تا در وضع قوانین و در مواردی مقرر زدایی در حوزه سلامت در تعامل مؤثری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشد.

۱. تبیین و تعریف مفاهیم

۱-۱. تعریف سلامت

از نظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت عبارت است از تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه فقط نبودن بیماری و نقص عضو و برخورداری از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل حصول سلامت، بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی را حق مسلم هر انسانی بیان می‌کند.^۱

از دیدگاه تئوری سرمایه انسانی،^۲ سلامتی افراد یک «ذخیره سرمایه» است که به مرور زمان با گذر طبیعی عمر مستهلک می‌شود. بیماری باعث استهلاک غیرطبیعی آن می‌گردد و سرمایه‌گذاری در سلامت (بهداشت، درمان و توانبخشی) این استهلاک را جبران می‌کند. سلامت مبنای بهره‌وری شغلی، ظرفیت یادگیری در مدرسه و توانایی برای رشد جسمی، روحی و هوشی است.

بنابراین سلامت دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی است و اخیراً معتقدند بعد معنوی نیز باید به آن اضافه شود.

۱. اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۴۶.

**ابعاد سلامت جدای از یکدیگر نیستند پس در سیاستگذاری
برای تأمین سلامت افراد جامعه باید به تمام ابعاد آن بها داده شود**

۱-۲. عدالت در مراقبت سلامت

اصطلاح عدالت ابعاد اخلاقی و معنوی دارد. عدالت در سلامت به عنوان دسترسی مساوی برای نیاز مساوی به خدمات مراقبتی در دسترس، بهره‌مندی مساوی برای نیاز مساوی و کیفیت مساوی خدمات مراقبتی برای همه تلقی می‌شود. در بحث عدالت در مراقبت‌های سلامت دو مفهوم «عدالت افقی» و «عدالت عمودی» مطرح است.

عدالت افقی به دسترسی همه مردم با نیازهای مساوی، بدون توجه به مکان، جنسیت، نژاد و سایر تعیین‌کننده‌ها به خدمات مراقبت سلامت اشاره دارد. این نوع عدالت توجه به این نکته دارد که چگونه خدمات مناسب سلامت در سراسر اجتماع توزیع شده‌اند.
عدالت عمودی به دسترسی غیریکسان به خدمات سلامت برای نیازهای غیریکسان اطلاق می‌گردد.

عدالت در سلامت:

دریافت خدمات: براساس نیاز
پرداخت هزینه: براساس توان
کیفیت خدمات: یکسان برای همه

برخی عوامل بی‌عدالتی‌های سلامت براساس مدل (PROGRESS)
محل اقامت، نژاد، شغل، جنسیت، مذهب - انفکاک مذهبی - تحصیلات،
وضعیت اجتماعی - اقتصادی، سرمایه اجتماعی

۱-۳. عوامل تعیین‌کننده^۱ سلامتی (SDH)

تعیین‌کننده‌های سلامت عواملی هستند که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم شرایطی را فراهم می‌کند که ابعاد مختلف سلامت تحت تأثیر مثبت یا منفی قرار گیرند.



بررسی‌ها نشان می‌دهد سهم اثر هریک از عوامل تعیین‌کننده بر ابعاد مختلف سلامت عبارت است از:

ژنتیک یا بیولوژی فردی (۱۵ درصد)، وضعیت اجتماعی - اقتصادی (۵۰ درصد)، محیط فیزیکی (۱۰ درصد)، نظام مراقبت سلامت (۲۵ درصد).

۴-۱. مؤلفه‌های اجتماعی سلامت

همان‌طور که بیان شد نتایج تحقیقات مراکز معتبر علمی جهان در دهه‌های اخیر نشان داده است، از میان عواملی که سلامتی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهند عوامل اجتماعی بیشترین اثر را دارند و سهم آنها از عوامل ژنتیکی، بیولوژیکی و مراقبت‌های سلامتی بسیار بیشتر است (حدود ۵۰ درصد). مهمتر اینکه عوامل اجتماعی آثار نامطلوب خود را بیشتر بر سلامت طبقات پایین‌تر جامعه نشان می‌دهند و از این رو باعث ایجاد نابرابری وضعیت سلامت در جوامع می‌شوند. لذا لازم است نگاه ویژه‌ای به عوامل اجتماعی به عنوان تهدیدکننده اصلی سلامت به خصوص سلامت طبقات پایین‌تر و محروم‌تر جامعه داشت چون بدون توجه به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، رسیدن به هدف سلامتی برای کل جامعه و کاهش نابرابری‌های سلامتی غیرممکن می‌شود.

بر اساس شواهد علمی موجود، مؤلفه‌های اجتماعی سلامت شامل: طبقه اجتماعی،^۱ محرومیت اجتماعی^۲ (حاشیه‌نشینی و...)، استرس، تکامل دوران ابتدای کودکی،^۳ بیکاری، شرایط محیط کار، حمایت اجتماعی،^۴ اعتیاد، غذا، حمل‌ونقل، شهرنشینی (مهاجرت)، جهانی شدن هستند که تأثیر بسیاری بر سلامت دارند.

وضعیت اجتماعی - اقتصادی افراد بیشترین نقش را در تأمین سلامت او دارد، بنابراین سیاست‌های عدالت باید روی بهبود شرایط زندگی و کاری توجه نماید

۵-۱. بار بیماری‌ها

مجموع سال‌های ازدست‌رفته عمر (YLL)^۵ و سال‌های زندگی با ناتوانی و معلولیت به علت بیماری (YLD)^۶ که به عنوان یکی از مهمترین عوامل برای رتبه‌بندی مشکلات سلامت مورد استفاده مدیران

1. Social Gradient
2. Social Exclusion
3. Early Childhood Development
4. Social Support
5. Years of Life Lost
6. Years Lost Due to Disability

و سیاستگذاران قرار می‌گیرد.

مطالعه بار بیماری‌ها برای اولین در ایران توسط وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۲ انجام شده است. براساس این مطالعه در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان موارد زیر را یافت: ^۱ از ۲۱۶ سالی که هر ۱۰۰۰ نفر ایرانی با ابتلا به بیماری‌ها و آسیب‌های جدید از دست داده‌اند:

- ۱۹/۶ سال آن با حوادث ترافیکی از بین رفته‌اند،

- ۱۴/۵ سال آن در نتیجه حوادث غیرمترقبه از بین رفته‌اند،

- ۱۳/۱ سال آن در نتیجه بیماری‌های ایسکمیک عضله قلب،

- ۹ سال آن در نتیجه بیماری افسردگی،

- ۸/۴ سال آن در نتیجه اعتیاد،

- ۵/۵ سال آن در نتیجه سقوط،

- ۵/۳ سال آن در نتیجه سکته مغزی،

- ۴/۶ سال آن در نتیجه کمر درد،

- ۴/۴ سال در نتیجه آرتروز زانو،

- و ۴ سال آن در نتیجه آنمی بوده است.

البته به دلیل تغییر بسیاری از عوامل خطر طبیعتاً این نتایج دستخوش تغییراتی شده‌اند، لذا برای سیاستگذاری در مقطع کنونی نیازمند داده‌های جدیدتری هستیم. مطالعه جدیدی برای تعیین بار بیماری‌ها طی سال‌های بعد از مطالعه ۱۳۸۲ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حال انجام است که هنوز نتایج نهایی آن منتشر نشده است.

۶-۱. عوامل خطر سلامت

عوامل خطر سلامت را می‌توان در دو دسته قابل پیشگیری و غیرقابل پیشگیری طبقه‌بندی کرد. عواملی نظیر سن، جنس و ژنتیک را نمی‌توان مداخله‌ای انجام داد و بنابراین گزیرناپذیرند، ولی عوامل بسیار دیگری هم هستند که می‌توان با مداخلات بموقع از بروز آنها و پیامدهایشان پیشگیری کرد. که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

الگوی غذایی نامناسب (رژیم‌های غذایی اشباع از قند و چربی)، مصرف دخانیات و کم‌تحركی در کنار دیگر عواملی چون فشار خون بالا، کلسترول بالا، اضافه وزن و چاقی، آلودگی هوای شهری و

۱. محسن نقوی و همکاران، بار بیماری‌ها و آسیب‌ها و بار عوامل خطر سلامت، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵.



آلودگی هوا در محیط‌های بسته، مشکلات تغذیه‌ای ناشی از کمبود دریافت انرژی، ویتامین و املاح (ویتامین آ، دی، آهن و روی)، نداشتن امنیت شغلی، نداشتن مسکن مناسب، سرمایه اجتماعی پایین، فشارهای عصبی و استرس، استفاده بی‌رویه از سموم دفع آفات نباتی به‌عنوان مهمترین عوامل خطر ایجادکننده بیماری‌های غیرواگیر قابل پیشگیری، در سطح جهان محسوب می‌شوند.

شناخت درست از عوامل خطر سلامت در تصمیم‌گیری به سیاستگذار کمک می‌کند.

عوامل مهم تهدیدکننده سلامت ایرانیان:

مصرف دخانیات، کم‌ تحرکی، چاقی، فشار خون بالا، قند خون بالا

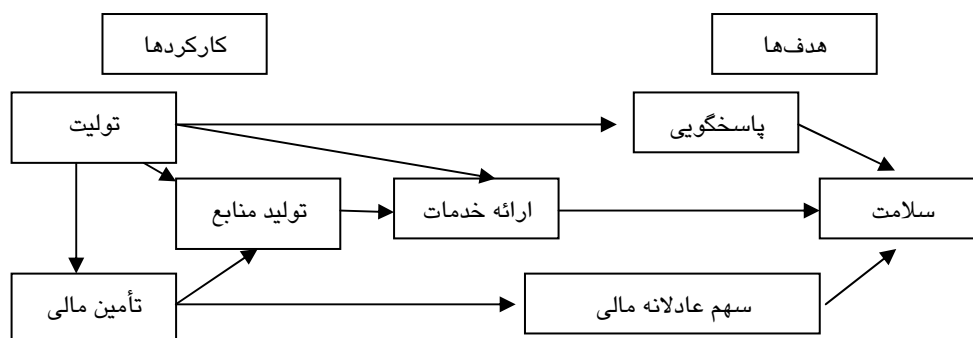
۷-۱. نظام سلامت و کارکردهای آن

دولت‌ها برای پاسخگویی به نیاز سلامت در جامعه سامانه‌ای را شکل می‌دهند که نظام سلامت نامیده می‌شود. بنابر تعریف، نظام سلامت مشتمل بر تمام سازمان‌ها و منابعی است که به ارائه اقدامات سلامت می‌پردازند و اقدام سلامت عبارت است از هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات سلامت عمومی و یا از طریق برنامه‌های بین بخشی انجام می‌گیرد و هدف اصلی آن ارتقای سلامت است.

هدف اساسی نظام سلامت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت است، اما اهداف درونی دیگری نیز برای آن مطرح است. این اهداف به مسائلی مانند مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامت و نحوه پاسخ نظام سلامت به انتظارات مردم اشاره دارد. به‌عبارتی نظام سلامت باید بتواند به درستی به آنچه مردم از آن انتظار دارند پاسخ دهد و در تنظیم مشارکت آنها در تولید، توزیع و مصرف خدمات، عدالت را رعایت کند.

به جرئت می‌توان گفت که در جهان امروز، زندگی کلیه افراد در دستان نظام سلامت قرار دارد. نظام سلامت مسئولیتی حیاتی و مداوم نسبت به افراد در کل دوره زندگی آنها دارد. نظام سلامت با اعاده، حفظ و بهبود وضعیت سلامت افراد، خانواده‌ها و جوامع، در جهت ارتقای سطح و کیفیت زندگی آحاد جامعه ایفای نقش می‌کند (شکل ۱).

شکل ۱. الگوی سازمان جهانی بهداشت برای نظام سلامت



۸-۱. نظام سلامت و پدیده شکست بازار

شروط استقرار بازار آزاد عبارتند از: رقابت‌پذیری، حاکمیت مشتری، آزادی در انتخاب، جریان آزاد اطلاعات و آگاهی مشتری، تصمیم‌گیری عقلایی، همگونی محصول، بازار کامل. به دلیل ویژگی‌های خاص بازار سلامت، اجرای پیش‌شرط‌های فوق به علل زیر مشکل و در برخی موارد ناممکن است:

- بخش عمده‌ای از خدمات سلامت کالای عمومی است، جنبه همگانی دارد و رقابت‌ناپذیر است.
 - حیاتی بودن خدمات سلامت و در نتیجه عدم حساسیت به تغییرات قیمت، قدرت تصمیم‌گیری را در بسیاری موارد از فرد می‌گیرد و به این دلیل حاکمیت مشتری مخدوش می‌شود.
 - محدودیت واحدهای ارائه خدمات و حیاتی بودن خدمات سلامت می‌تواند باعث انحصار شود.
 - عدم تقارن در اطلاعات بهداشتی و پزشکی بین عرضه‌کننده و دریافت‌کننده خدمت، قدرت تصمیم‌گیری و آزادی در انتخاب را از دریافت‌کننده خدمت می‌گیرد.
 - حیاتی بودن خدمات سلامت و عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌دهنده و گیرنده خدمات زمینه ایجاد تقاضای القایی^۱ را فراهم می‌کند.
 - آثار خارجی^۲ به‌طور گسترده در مراقبت‌های سلامت دیده می‌شوند.
 - شواهد عینی مبین وجود عدم اطمینان گسترده‌ای در این بخش است.
 - خدمات سلامتی ماهیت و کیفیت یکسانی ندارند و همگون نیست.
 - با پدیده افزایش فزاینده هزینه‌های سلامتی مواجه هستیم.
- حیاتی بودن خدمات سلامت، عدم تقارن اطلاعات، عدم اطمینان و وضعیت انحصاری در ارائه

1. Induced Demand

2. Externality



آنها، رقابت‌پذیری، آزادی در انتخاب و حاکمیت مشتری را به‌طور اساسی مخدوش می‌کند. نامتقارن بودن اطلاعات و تقاضای القایی بر آگاهی مشتری و تصمیم‌گیری عقلایی او تأثیر جدی دارد. آثار خارجی و ناهمگونی خدمات به‌ترتیب بازار ناکامل و محصول ناهمگون ایجاد می‌کنند و همچنین افزایش فزاینده هزینه‌های سلامتی آزادی در انتخاب و تصمیم‌گیری عقلایی مشتری را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا با توجه به عوامل فوق در ارائه خدمات سلامت با پدیده «شکست بازار»^۱ مواجه هستیم.

با توجه به پدیده «شکست بازار» در حوزه سلامت، نظام سلامت برای رسیدن به اهداف خود نیازمند حمایت‌های همه‌جانبه دولت و مجلس است

۲. اهمیت موضوع و تأثیرگذاری موضوع در سطح ملی

۲-۱. سلامت و آثار اقتصادی - اجتماعی آن

به‌طور کلی سلامت در جهان در حال پیشرفت است به طوری که افراد کمتری در اثر بیماری‌های عفونی می‌میرند. بنابراین، در بسیاری موارد آنقدر طولانی زندگی می‌کنند که دچار بیماری‌های مزمن می‌شوند. افزایش علل زمینه‌ساز بیماری‌های مزمن مانند تغذیه ناسالم، کم‌تحركی و مصرف دخانیات موجب می‌شوند که مردم در سنین پایین‌تر در محیط‌هایی که به‌طور فزاینده شهری می‌شوند، در کشورهای با درآمد پایین و متوسط به این بیماری‌ها مبتلا شوند. شواهد نگران‌کننده این تأثیر در بسیاری از این کشورها به‌طور ثابت در حال ازدیاد است. مطالعات سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهند که ۸۰ درصد مرگ‌های ناشی از بیماری‌های مزمن به‌طور مساوی در زنان و مردان کشورهای با درآمد پایین و متوسط رخ می‌دهد. بیماری‌های مزمن پیامدهای بزرگی از جمله: آثار منفی عمده بر کیفیت زندگی افراد مبتلا، مرگ‌های زودرس، آثار منفی و نامطلوب وسیع اقتصادی برای خانواده‌ها و به‌طور کلی جوامع به همراه دارند.

این تهدید روبه افزایش است و تعداد افراد، خانواده‌ها و اجتماعات گرفتار روبه افزایش است و علت زمینه‌ای فقر و عقب‌ماندگی توسعه اقتصادی نیز به‌شمار می‌رود.

طبق برآورد این سازمان، میزان هزینه‌ای که کشور چین طی ۱۰ سال آینده به‌دلیل مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی، سکتة مغزی و دیابت از درآمد ملی پیش‌بینی خواهد کرد حدود ۵۵۸ میلیارد دلار است.

از طرفی یکی از علل مهم فقر در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، مرگ یا بیماری شدید اولین نان‌آور خانواده است. براساس ۱۲۵ مطالعه موردی که در یکی از انتشارات بانک جهانی با عنوان **ندای مستمندان، فریادی برای تغییر** خلاصه شده‌اند، بیماری، آسیب یا مرگ شایع‌ترین آغازگر فقر خانواده‌ها هستند. بیماری‌های مزمن بار اقتصادی چشمگیر مسقیم یا غیرمستقیمی بر فقرا تحمیل می‌کنند و بسیاری از مردم و خانواده‌هایشان را به سوی فقر سوق می‌دهند. این درحالی است که با پیشگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت بتوان فقر را در کشورهای با درآمد پایین و متوسط تسکین داد.

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، آثار اقتصادی مستقیم این بیماری‌ها شامل مخارج کمرشکن و مصرف دخانیات است و تأثیرات اقتصادی غیرمستقیم آنها شامل موارد زیر هستند:

- کاهش درآمد به دلیل بهره‌وری از دست رفته ناشی از بیماری یا مرگ،
- کاهش درآمدهای آینده به دلیل فروش دارایی‌ها برای پاسخگویی به مخارج مستقیم و غیرقابل پیش‌بینی،

- فرصت‌های از دست رفته برای اعضای جوان خانوار که برای مراقبت بزرگسالان بیمار یا کمک به اقتصاد خانوار ترک تحصیل می‌کنند.

پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت:

تا سال ۲۰۱۵، کاهش GDP ناشی از بیماری‌های مزمن در اکثر کشورها به حدود

۱ درصد خواهد رسید

۲-۲. سلامت و توسعه پایدار

توسعه پایدار مفهومی است که از سه دهه قبل به تدریج مورد توجه واقع شد و به معنی پاسخگویی به نیازهای کنونی افراد جامعه بدون تضعیف توانایی نسل‌های آینده در تأمین نیازهای خود می‌باشد. توسعه پایدار در حقیقت نتیجه تعادل میان جامعه، محیط زیست و اقتصاد است و تنها بر جنبه‌های زیست‌محیطی تمرکز نداشته و علاوه بر پایداری منابع طبیعی، پایداری سیاسی، اجتماعی و اقتصادی را نیز دربرمی‌گیرد. این موضوع نشان می‌دهد کلید پاسخگویی به نیازهای نسل آینده در دستان ماست و نسل فعلی است که با تصمیم‌گیری‌های خود توسعه را پایدار کرده و آن را تداوم می‌بخشد. ایجاد این تعادل ضروری است، زیرا نیازهای بشری چه در زمان حال و چه در آینده در حیطه‌های مختلف با یکدیگر تضاد داشته و در صورت عدم تعادل مابین آنها دستیابی به توسعه



بلندمدت غیرممکن است.

مفهوم توسعه پایدار یک تغییر الگوی اساسی در رویکردهای مرتبط با محیط زیست و توسعه است که در آن اهمیت پرداختن به ابعاد انسانی به‌عنوان اصل و پایه رسیدن به اهداف روز به روز بیشتر مشخص می‌گردد. در اولین بیانیه کنفرانس سران کشورها در ریودوژانیرو این تأکید بدین‌گونه بیان شده است:

«انسان‌ها در محور موضوع توسعه پایدار قرار دارند آنها حق دارند از یک زندگی سالم و مولد و هماهنگ با طبیعت برخوردار باشند» هر چند سلامت از همان ابتدا به‌عنوان یکی از اصول و پایه‌های توسعه پایدار مورد توجه بود، اما با بهتر شناخته شدن رابطه عوامل اقتصادی و سلامت و تأثیر مستقیم عوامل اجتماعی بر سلامت انسان‌ها ابعاد و نگاه‌های تازه‌تری در زمینه توسعه پایدار و سلامت ایجاد شد. اهداف توسعه پایدار با وجود شیوع بالای بیماری‌های نا توان‌کننده و فقر امکانپذیر نیست و ازسوی دیگر سلامت مردم نیز بدون وجود یک نظام سلامت پایدار و پاسخگو و محیط سالم اجتماعی و زیست‌محیطی قابل دستیابی نخواهد بود.

تدوین سیاست‌های سلامت‌محور، سرمایه‌گذاری برای نسل آینده

۳. سازمان‌ها و نهادهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت

۳-۱. متولی نظام سلامت

در حال حاضر، همه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را متولی اصلی نظام سلامت می‌دانند، ولی با در نظر گرفتن تعریف سازمان جهانی بهداشت و سهم اثر هریک از عوامل تعیین‌کننده بر ابعاد مختلف سلامت، نظام مراقبت سلامت تنها ۲۵ درصد در تأمین سلامت نقش دارد. بنابراین ایدئال آن است که متولی اصلی سلامت حاکمیت باشد و وزارت بهداشت نیز متولی ارائه خدمات بهداشتی درمانی و پاسخگوی سهم خود از سلامت باشد.

به‌نظر می‌رسد تمام سازمان‌ها و نهادها و حتی تک‌تک مردم، مسئول تأمین سلامت جامعه هستند و تنها با مشارکت بین‌بخشی و افزایش دانش سلامتی مردم و جلب مشارکت آنها، می‌توانیم به تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه و توسعه پایدار در سایه آن برسیم.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دارای دو مسئولیت اساسی آموزش پزشکی (و علوم وابسته) و نیز تدارک خدمات سلامت برای تمامی مردم در کشور است. در هر استان یک یا چند

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی موجود است که مسئول اجرای دو مأموریت فوق در حوزه استانی (یا منطقه‌ای) هستند. در نتیجه دانشگاه‌های علوم پزشکی در مناطق مختلف کشور، تحت سرپرستی وزارتخانه اقدام به آموزش رشته‌های مختلف علوم پزشکی می‌نمایند.

۲-۳. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

۱-۲-۳. بخش دولتی

خدمات تعریف شده در بخش دولتی در قالب شبکه بهداشتی درمانی در سطوح مختلف و توسط ارائه‌کنندگان خاص در سطوح خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی روستایی، پایگاه بهداشت شهری، مرکز بهداشتی درمانی شهر، مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشت استان (معاونت بهداشتی) و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه می‌شود.

علاوه بر دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سازمان‌های دیگر دولتی و نیمه‌دولتی نیز به ارائه خدمات بهداشتی درمانی (عمدتاً درمانی) اشتغال دارند. برخی از این سازمان‌ها و نهادها عبارتند از:

سازمان تأمین اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، وزارت نفت، بانک مرکزی، شهرداری تهران، وزارت دادگستری، وزارت آموزش و پرورش، سازمان بیمه خدمات درمانی و کمیته امداد امام خمینی (ره)، بنیاد امور ایثارگران و جانبازان، سازمان بهزیستی.

سازمان بیمه خدمات درمانی کلیه کارمندان رسمی دولتی، روستاییان و خویش‌فرمایان (افراد دارای مشاغل آزاد)، طلاب و... را تحت پوشش قرار می‌دهند. این سازمان دولتی، گسترده‌ترین پوشش بیمه‌ای را دارد.

۲-۲-۳. بخش خصوصی

قدیمی‌ترین بخش ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشور است که در ابتدا خدمات خود را به صورت مستقیم و با دریافت پول به مراجعین ارائه می‌نمود. در حال حاضر بخشی از هزینه‌های خود را از طریق سازمان‌های بیمه‌گر پایه و مکمل (تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، سازمان بیمه خدمات درمانی، کمیته امداد امام (ره) و سایر صندوق‌های بیمه‌ای) و بخشی را مستقیماً از مراجعین دریافت می‌کند.

عرصه فعالیت این بخش به طور عمده خدمات درمان سرپایی، تشخیصی، درمان بستری (محدود)، توانبخشی و مشاوره‌ای است. دریافت‌های این بخش باید در چارچوب تعرفه‌های اعلام شده توسط سازمان نظام پزشکی باشد، ولی غالباً اینچنین نیست. تقاضای خدمات درمان سرپایی



در مناطق شهری به‌طور عمده به‌وسیله این بخش پاسخ داده می‌شود (تقریباً ۸۰ درصد) و در روستاها بیش از ۸۰ درصد خدمات درمان بستری، برای روستانشینان و شهرنشینان، توسط بخش دولتی و عمومی ارائه می‌شود و بخش خصوصی کمتر از ۲۰ درصد نقش دارد. در مواردی این بخش مشمول یارانه‌های دولتی به‌خصوص در مورد خرید وسایل و تجهیزات پیچیده نیز می‌گردد.

۳-۲-۳. بخش خیریه

در جمهوری اسلامی ایران، به‌خصوص طی دو دهه اخیر، بخش خیریه آمیختگی زیادی با بخش عمومی و دولتی پیدا کرده است. برای مثال کمیته امداد امام (ره) با وجود اینکه بخشی از هزینه خدماتی خود را از طریق وجوه خیریه مردم تأمین می‌نماید، عمدتاً به کمک‌های اعتباری دولت متکی است، همچنین بسیاری دیگر از نهادهای خیریه که در امر بهداشت و درمان فعالیت دارند، از یارانه‌های مستقیم و غیرمستقیم دولتی نیز برخوردار هستند.

بخش خیریه در ایران، به‌طور عمده در عرصه ارائه مستقیم خدمات درمان سرپایی (درمانگاهی) و گاهی خدمات بستری مشارکت دارد. مداخله این بخش در خدمات درمان بستری اغلب حمایتی است. تجربه مشارکت بخش خیریه در بیمارستان‌های دولتی نیز دیده می‌شود (بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد تهران).

۳-۲-۴. سایر بخش‌ها

- سازمان هلال احمر: یکی از وظایف عمده این سازمان که به نوعی به خدمات سلامت مرتبط می‌شود، امداد و نجات در زمان بروز حوادث غیرمترقبه طبیعی و غیرطبیعی است و در مواردی وظایف امداد و نجات در مناطق غیرشهری را نیز به‌عهده دارد (اورژانس جاده‌ای). وظیفه امداد و نجات در مناطق شهری به‌عهده سازمان آتش‌نشانی شهرداری است. سازمان هلال احمر در کنار ارائه وظایف امداد و نجات، هم در زمان بروز حوادث غیرمترقبه و هم در خارج از آن اقدام به ارائه خدمات بهداشتی درمانی می‌نماید. گرچه در سطح بین‌المللی سازمان مرجع هلال احمر «صلیب سرخ» یک سازمان خیریه غیردولتی است، ولی در ایران تاکنون این سازمان به‌صورت یک بخش نیمه‌دولتی اداره شده است.

- سازمان‌های خارجی که در مواقع بحران خدمات سلامت ارائه می‌نمایند: در مواقع بحرانی، زمان بروز حوادث غیرمترقبه و جنگ، سازمان‌های بین‌المللی نسبت به ساماندهی ارائه خدمات درمانی اقدام می‌نمایند؛ نمونه‌هایی از این نوع فعالیت‌ها، مداخله‌های درمانی در جریان جنگ خلیج فارس، زلزله رودبار و... و تداوم آن تا مدت‌ها پس از خاتمه شرایط بحرانی می‌باشند.

تأمین سلامت در تمام ابعاد آن
بدون مشارکت تمام سازمان‌ها و مردم امکان‌پذیر نیست

۴. قوانین

۴-۱. قوانین فرادستی

- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران،
- سند چشم‌انداز بیست‌ساله جمهوری اسلامی ایران،
- سیاست‌های کلی نظام در دوره چشم‌انداز،
- سیاست‌های کلی قوانین برنامه‌های پنج‌ساله،
- نقشه جامع علمی کشور،
- نقشه نظام سلامت کشور.

۴-۱-۱. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

اصول سوم، بیست‌ونهم، چهل‌وسوم و یکصدم قانون اساسی، برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه را حق همگانی می‌داند و دولت جمهوری اسلامی ایران را موظف به تأمین سلامت با رعایت تمام مؤلفه‌های اجتماعی سلامت از جمله تأمین نیازهای اساسی شامل مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه، تأمین شرایط و امکانات کار برای همه به‌منظور رسیدن به اشتغال کامل می‌کند و ضمناً تأکید بر آموزش همگانی و عمومی و افزایش آگاهی مردم بر مشارکت عامه مردم در تعیین سرنوشت سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خود دارد. در واقع به تمام ابعاد سلامت در قانون اساسی اشاره شده است.

۴-۱-۲. سند چشم‌انداز بیست‌ساله جمهوری اسلامی ایران

در این سند آمده است: جامعه ایرانی در افق این چشم‌انداز برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب خواهد بود.



۳-۱-۴. سیاست‌های کلی نظام در دوره چشم‌انداز

در بند «ب» در بخش امور اجتماعی - سیاسی و دفاعی سیاست‌های کلی نظام نیز به تضمین حقوق مدنی و انسانی و دسترسی به فرصت‌های برابر برای افراد جامعه و بهبود کیفیت زندگی، سلامت، امنیت غذایی، تربیت بدنی، رفع فقر و حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و تحقق عدالت اجتماعی اشاره شده است.

۴-۱-۴. سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

این برنامه با تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه‌جانبه با توجه به موارد زیر تنظیم و تصویب شده است:

- یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی،
- ارتقای شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی،
- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت،
- اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی،
- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه پنجم.

۲-۴. قانون برنامه پنجم توسعه کشور

مواد (۲۰) و (۳۲-۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه به سلامت پرداخته است و اجرای این قوانین هر چند در اجرا با چالش‌هایی روبرو خواهند بود، اما نقش بسزایی در اصلاح نظام سلامت دارند.

۵. بررسی وضعیت موجود نظام سلامت

۱-۵. نظام ارائه خدمات سلامت در ایران

به‌طور سنتی نظام ارائه خدمات در ایران به‌ویژه در بخش بستری و پیشگیری بر مبنای ارائه خدمات دولتی پایه‌گذاری شده است و خدمات در بخش سرپایی به‌طور گسترده‌ای توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود و ارائه‌کنندگان خدمات پاراکلینیکی نیز بیشتر خصوصی هستند، همچنین نظام خرید خدمات سلامت در ایران (خدمات بیمه‌ای) در نهادهای دولتی (کارکنان دولت، ارتش و کارگران رسمی) متمرکز بوده است.

بخش سلامت کشور در طی سه دهه پس از انقلاب اسلامی اصلاحات عمده‌ای از جمله: طراحی

و استقرار نظام شبکه‌های بهداشتی ۱۳۶۴، ایجاد بیمه همگانی ۱۳۷۴ و سرانجام نظام ارجاع و پزشک خانواده ۱۳۸۴ که هرکدام درجات متفاوتی از موفقیت داشته‌اند را تجربه کرده است. اگرچه از سال ۱۳۷۴ و با تصویب قانون بیمه همگانی جهت‌گیری نظام سلامت کشور از طب ملی به نظام بیمه‌ای تغییر یافت و تغییر در نظام تأمین مالی، افزایش دسترسی به خدمات، افزایش مشارکت مردم در هزینه‌ها و پایداری منابع مالی را می‌توان از دستاوردهای این تغییر برشمرد. اما در زمینه تغییر سیستم خرید خدمات و دخالت در بازار تقاضا، خرید آگاهانه و بهینه برای بیمه‌شدگان و استفاده از سازوکارهای صنعت بیمه جهت افزایش کارآیی، بهبود کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌ها چندان موفق به نظر نمی‌رسد.

پس از آن به‌منظور حفظ، تأمین و ارتقای سطح سلامتی در مردم ایران، نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی در ایران تشکیل شد. ساختار فعلی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران، خدمات و مراقبت‌های سلامت را در سه سطح یک، دو و سه طبقه‌بندی و فراهم می‌کند:

سطح یک - واحدی در نظام ارائه خدمات سلامت که به‌طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت پوشش) قرار دارد و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک مراقبت‌های اولیه (پزشک عمومی یا خانواده) یا تیم سلامت اتفاق می‌افتد. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان‌های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پیگیری بیمار عمده خدمات این سطح را تشکیل می‌دهد که در چارچوب خدمات‌های واحد پزشکی عمومی، خانواده، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل می‌گیرد.

سطح دو - واحدی در نظام سلامت که خدمات درمان تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع‌شدگان از سطح یک قرار می‌دهد و سپس پزشک عمومی، خانواده ارجاع‌کننده را از نتیجه کار خویش مطلع می‌سازد. خدمات تخصصی سرپایی، خدمات بستری، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از فعالیت‌های این سطح است.

سطح سه - واحدی در نظام سلامت که خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری دارای اولویت را در چارچوب بیمه‌های پایه در اختیار ارجاع‌شدگان از سطوح یک و دو قرار می‌دهد و بازخورد لازم را برای سطح ارجاع‌کننده فراهم می‌سازد. در این سطح نیز تعهدات از راه خدمات فوق تخصصی، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک صورت می‌گیرد.

خدمات سلامت در کشور توسط بخش دولتی و غیردولتی (عمومی، خصوصی و خیریه) در بخش سرپایی و بستری فراهم می‌شود، ارائه سطح اول خدمات در بخش دولتی در مناطق روستایی توسط خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی روستایی و در مناطق شهری توسط پایگاه بهداشت



و مرکز بهداشتی درمانی شهری صورت می‌گیرد. سطح دوم خدمات توسط بیمارستان شهرستان و کلینیک تخصصی وابسته به آن و سطح سوم خدمات توسط بیمارستان مرکز استان و کلینیک فوق تخصصی وابسته به آن فراهم می‌گردد.

بخش خصوصی و خیریه غالباً در مناطق شهری مشغول ارائه خدمات سرپایی و بستری عمومی، تخصصی و فوق تخصصی هستند.

بخش عمومی مانند سازمان تأمین اجتماعی نظام ارائه خدمات سلامت ویژه خود در مناطق شهری دارد. در سیستم درمان مستقیم یا ملکی آن خدمات سازمان ارائه شده در تمامی سطوح رایگان است و در درمان غیرمستقیم که از طریق قرارداد با سایر ارائه‌کنندگان (دولتی، خصوصی و خیریه) خدمات تشخیصی و درمانی در سطوح عمومی، تخصصی و فوق تخصصی در بخش سرپایی و بستری فراهم می‌شود سهم بیمار بسته به نوع خدمت متفاوت است.

برخی از سازمان‌های دولتی و عمومی نیز برای خود سیستم ارائه خدمت خاص در سطوح عمومی، تخصصی و فوق تخصصی در بخش سرپایی و بستری دارند. همانند وزارت نفت، دارایی، وزارت دفاع و نیروهای مسلح، شهرداری و....

۲-۵. شاخص‌های کلان نظام سلامت

برنامه‌ریزی، سیاستگذاری و قانونگذاری مستلزم آگاهی از وضعیت موجود براساس آمار و شاخص‌های مرتبط با موضوع حوزه مورد بررسی است. اگر امر قانونگذاری را به‌عنوان یک اقدام و تصمیم کلان در نظر بگیریم، این حساسیت چندین برابر می‌شود. همین‌طور که در بخش‌های قبل آمد، سلامت دارای ابعاد مختلفی است و در عین حال از جامعیت درونی نیز برخوردار است و از طرفی عوامل متعددی بر آن تأثیر می‌گذارند. به همین دلیل برای ارزیابی دقیق آن نیاز به شاخص‌های متعدد و پیچیده‌ای است. آنچه در این قسمت آمده است تنها برخی از این شاخص‌ها است که به‌طور رسمی براساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت، مقایسه‌ای بین ایران و چند کشور منتخب دنیا انجام شده است. از نظر تقسیم‌بندی سازمان جهانی بهداشت^۱ ایران در منطقه شرق مدیترانه قرار گرفته و به‌عنوان منطقه امرو^۲ شامل کشورهای افغانستان، بحرین، مصر، عراق، اردن، کویت، لبنان، لیبی، چیبوتی، مراکش، عمان، پاکستان، قطر، سوریه، سومالی، سودان، عربستان سعودی، تونس، یمن و امارات می‌باشد. با عنایت به اینکه کشورمان از نظر شاخص‌های توسعه سلامت، در سطح بالاتری نسبت به کشورهای منطقه شرق مدیترانه قرار دارد، لذا به‌منظور ارائه

1. World Health Organization

2. Who Eastern Mediterranean Region

تصویر منطقی از شاخص‌های سلامت و میزان هزینه‌های صرف شده برای سلامت، ترکیه به‌عنوان کشور همسایه، کشورهای کره جنوبی و مالزی خارج از منطقه امروز که روند توسعه‌ای خود را تقریباً همزمان با ایران شروع کرده‌اند، مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. آدرس منابع استفاده شده جهت ایران،^۱ ترکیه،^۲ عربستان،^۳ مالزی^۴ و کره جنوبی^۵ در زیر آمده است.

جدول ۱. مقایسه شاخص‌های سلامت در ایران با برخی کشورهای براساس گزارش WHO 2011

شاخص کشور	امید به زندگی در بدو تولد (سال)	مرگ و میر نوزادان (در ۱۰۰۰ تولد زنده)	میزان زایمان جنین مرده به دنیا آمده (در ۱۰۰۰ تولد کل)	مرگ و میر نوزادان زیر یکسال (احتمال مرگ تا ۱ سالگی به ازای هر ۱۰,۰۰۰ تولد زنده)	مرگ و میر نوزادان زیر پنج سال (احتمال مرگ زیر ۵ سال به ازای هر ۱۰,۰۰۰ تولد زنده)	مرگ و میر بزرگسالان (احتمال مرگ افراد ۱۵-۶۰ سال به ازای ۱۰۰۰ نفر)
ایران	۷۳	۱۷	۱۳	۲۶	۳۱	۱۱۸
ترکیه	۷۵	۱۲	۱۱	۴۱	۴۵	۲۹۸
عربستان	۷۲	۱۱	۸	۱۸	۲۱	۱۵۴
مالزی	۷۳	۳	۶	۶	۶	۱۳۷
کره جنوبی	۸۰	۲	۳	۱۵	۱۷	۲۲۲

توضیح: ارقام اعلام شده مربوط به سال ۲۰۰۹ است.

در یک نگاه کلی به جدول فوق شاید تنها تفاوت چشمگیر این شاخص‌ها با کره جنوبی باشد و از طرفی با نگاه به روند امید زندگی در طی سی سال گذشته در ایران نیز متوجه می‌شویم که در ایران نیز شاخص امید به زندگی صعودی بوده است و میانگین آن از ۵۸/۹ در سال ۱۳۶۵ به ۷۳ در سال ۱۳۸۸ رسیده است، ولی نکته‌ای که قابل تأمل است اینکه علیرغم بهبود وضعیت بهداشتی در کشور، امید زندگی برای مردان و زنان در نقاط محروم پایین‌تر از سایر نقاط است. در سال ۱۳۸۵ پایین‌ترین امید زندگی در سیستان و بلوچستان، کردستان، کهگیلویه و بویراحمد و لرستان مشاهده شده که در حقیقت جزء استان‌های با سطح توسعه‌یافتگی پایین هستند. بنابراین با اینکه در میزان شاخص‌های سلامت روند روبه رشدی را داریم، ولی هنوز از عدالت در سلامت فاصله داریم.

1. http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84605

2. http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84670

3. http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84517

4. http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84679

5. http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84025



جدول ۲. مقایسه شاخص‌های نیروی انسانی و تعداد تخت‌های بیمارستانی در ایران با کشورهای

منتخب براساس گزارش WHO ۲۰۱۱

شاخص کشور	نسبت تعداد پزشک به ۱۰۰۰۰ نفر	نسبت تعداد پرستار و ماما به ۱۰۰۰۰ نفر	نسبت تعداد دندانپزشک به ۱۰۰۰۰ نفر	نسبت تعداد داروساز به ۱۰۰۰۰ نفر	تعداد تخت‌های بیمارستانی به ازای ۱۰۰۰۰ نفر
ایران	۸/۹	۱۶	۱/۹	۲	۱۴
ترکیه	۱۴/۵	۱۸/۹	۲/۴	۳/۳	۲۴
عربستان	۹/۴	۲۱	۲/۳	۰/۶	۲۲
مالزی	۹/۴	۲۷/۳	۱/۴	۱/۷	۱۸
کره جنوبی	۱۹/۷	۵۲/۹	۵	۱۲/۱	۱۲۳

توضیح: همان.

جدول ۳. مقایسه امکانات بهداشتی - درمانی کشور در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۹

ردیف	شاخص	واحد	۱۳۸۹
۱	بیمارستان‌های فعال کشور	تعداد	۸۲۴ (ارزشیابی شده)
۲	تعداد کل تخت‌های بستری	تعداد	۱۰۷۳۲۰
۳	تعداد کل تخت‌های ICU	تعداد	۵۴۱۲
۴	تعداد کل تخت‌های CCU	تعداد	۴۵۰۹
۵	تعداد تخت سوختگی	تعداد	۱۰۵۵
۶	تعداد تخت روانپزشکی	تعداد	۶۷۹۰
۷	تعداد تخت دیالیز	تعداد	۳۹۸۵
۸	تعداد تخت اورژانس	تعداد	۷۴۲
۱۰	نسبت تعداد تخت سوختگی به تعداد تخت موجود	درصد	۰/۹۸
۱۱	نسبت تعداد تخت ویژه (ICU و CCU) به تعداد تخت موجود	درصد	۹/۲
۱۲	نسبت تخت‌های اورژانس به تخت‌های بیمارستان	درصد	۰/۶۹
۱۳	نسبت تعداد بیماران دیالیزی به تعداد تخت‌های دیالیز	درصد	۴/۶
۱۴	پایگاه‌های اورژانس شهری و جاده‌ای	تعداد	۱۸۲۲
۱۵	زمان رسیدن آمبولانس بر بالین بیمار (شهری)	دقیقه	۸
۱۶	زمان رسیدن آمبولانس بر بالین بیمار (جاده‌ای)	دقیقه	۱۳
۱۷	پوشش خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی در حوادث ترافیکی	درصد	۹۰
۱۹	آمبولانس‌های ۱۱۵ اورژانس کشور	تعداد	۲۹۲۶
۲۰	آزمایشگاه‌های کشور	تعداد	۴۶۷۷
۲۱	کل بخش‌های دیالیز	تعداد	۴۲۸
۲۲	دستگاه فعال دیالیز	دستگاه	۳۸۰۰
۲۴	نیروی تخصصی اعزام شده به مناطق محروم	تعداد	۱۴۲۵

مأخذ: گزارش عملکرد معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۳-۵. تحلیل روند هزینه‌های سلامت کشورهای منتخب و ایران

کارآیی منابع مالی از نقاط قوت نظام‌های بهداشتی درمانی است. ترکیب بهینه منابع، امکان ارائه خدمات را با هزینه پایین‌تر فراهم می‌سازد. جهت اطلاع و شناخت بیشتر و بهتر از روند اختصاص اعتبارات، از اطلاعات حساب‌های ملی سلامت سازمان جهانی بهداشت^۱ استفاده شده است. با توجه به اینکه جهت مقایسه کارآیی منابع، ضرورت دارد که از معیارهای یکسان استفاده شود، بر این اساس تلاش شد که تمامی اطلاعات، حتی اطلاعات مربوط کشورمان، نیز جهت رعایت یکسانی واحد سنجش از سایت مذکور استفاده گردد. مهمترین شاخص‌هایی که در این تحلیل مورد مقایسه قرار گرفته‌اند، به شرح زیر است:

- سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی،

- سهم دولت از کل هزینه‌های بخش سلامت،

- نسبت هزینه‌های سلامت دولت به کل هزینه‌های دولتی،

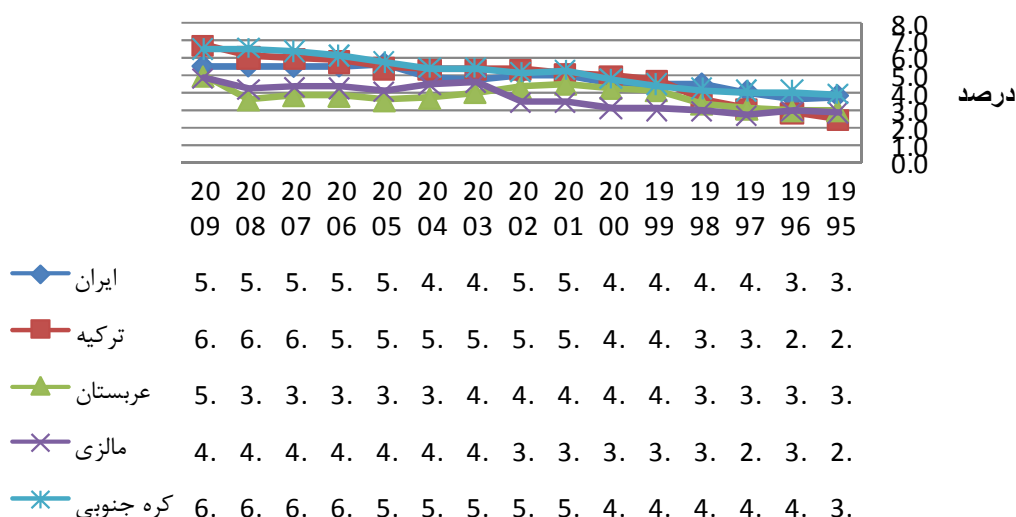
- هزینه سرانه سلامت بر حسب دلار آمریکا،

- هزینه سرانه بر حسب دلار بین‌المللی (نرخ برابری ارز)^۲.

دوره زمانی مقایسه ۱۵ سال می‌باشد، از سال ۱۹۹۵ تا سال ۲۰۰۹ که آخرین سال انتشار

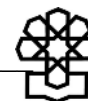
گزارش است و کشورهای مورد مقایسه براساس دلایل ارائه شده در بخش قبل انتخاب شده‌اند.

نمودار ۱. مقایسه سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی



1. <http://www.who.int/gho/en/>

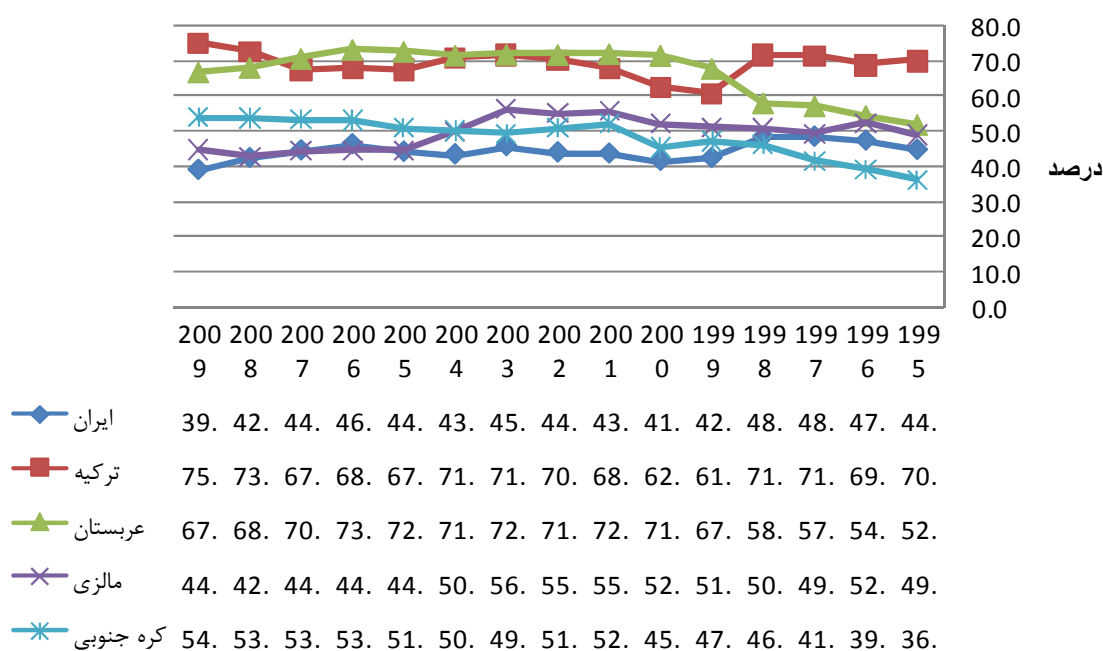
2. Purchasing Power Parity (PPP)



یکی از شاخص‌های مهم در حوزه سلامت، سهمی از تولید ناخالص داخلی^۱ کشورهاست که برای تأمین سلامت آحاد جامعه به این امر اختصاص می‌یابد. این شاخص نشانگر آن است که در کل، چه بخشی از درآمدهای کشور، در حوزه سلامت هزینه می‌شود. این سهم، هم دربرگیرنده اعتباراتی است که از سوی دولت هزینه می‌شود و هم سهم مشارکت مردم و یا بخشی خصوصی در هزینه‌های سلامت است. روند تغییر شاخص فوق در کشورمان به گونه‌ای بوده است که در ۱۵ سال گذشته تقریباً رو به رشد بوده و از ۳/۸ تولید ناخالص داخلی در سال ۱۹۹۵ به ۵/۵ درصد در سال ۲۰۰۹ افزایش یافته است. ترکیه و کره جنوبی با وجود اینکه در سال ۱۹۹۵ همسطح و یا پایین‌تر از ایران قرار داشتند، در سال ۲۰۰۹ نسبت به ایران، سهمی بالاتری از تولید ناخالص داخلی را به هزینه‌های سلامت اختصاص داده‌اند.

خاطرنشان می‌شود که به دلیل محاسبه این شاخص‌ها از حساب‌های ملی سلامت توسط سازمان جهان بهداشت، امکان دارد مغایرتی در مقدار این شاخص توسط منابع محاسبه دیگر و یا روش محاسبه متفاوت، مشاهده شود.

نمودار ۲. سهم دولت از کل هزینه‌های بخش سلامت در کشور

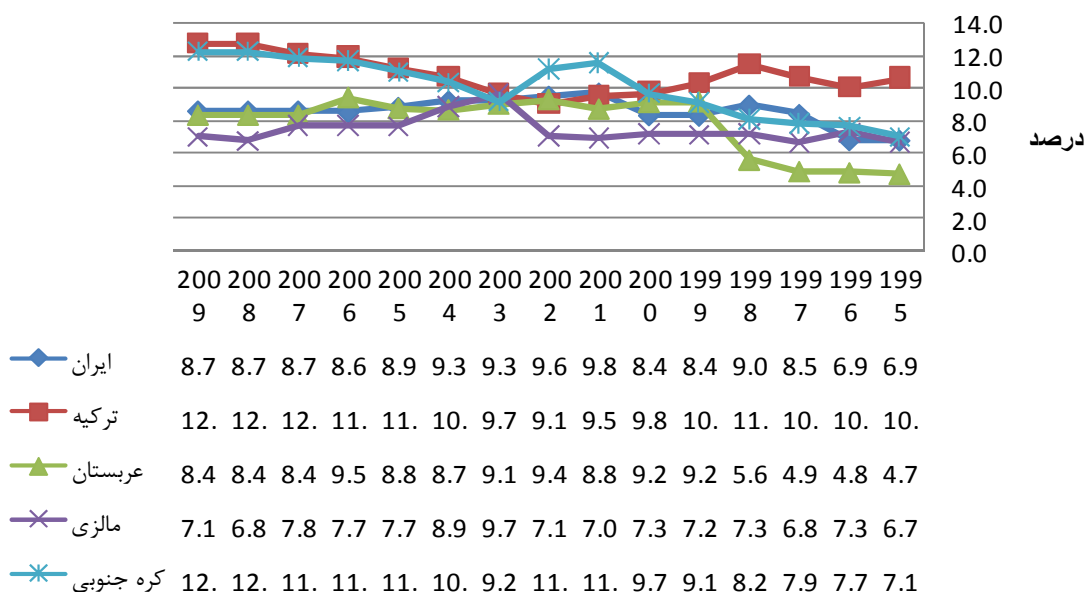


1. Gross Domestic Product(GDP)

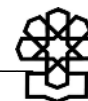
سهم هزینه‌های دولت از کل هزینه‌های بخش سلامت، بیانگر اهمیت و اولویت سلامت در جامعه است. مقایسه نشان می‌دهد که روند تغییر این شاخص در ۱۵ سال گذشته تقریباً دارای نوسانات جزئی بوده، و از ۴۴/۸ در سال ۱۹۹۵ به ۳۹ درصد در سال ۲۰۰۹ تنزل یافته است. رقم فوق، مؤید این نکته است که بخش قابل توجهی از هزینه‌های سلامت را مردم در هنگام خرید خدمات به‌طور مستقیم از جیب^۱ خود می‌پردازند.

براساس گزارش مرکز آمار ایران، خانوارها با بیش از ۵۱ درصد بیشترین سهم را در تأمین مالی هزینه‌های سلامت داشته‌اند و پس از آن دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی و وزارت بهداشت به‌ترتیب با ۱۴، ۱۱، ۷ و ۳ درصد قرار دارند. شایان ذکر است که براساس ماده (۹۰) برنامه چهارم توسعه و جزء «۵»، بند «۱۹» سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه، باید سهم مردم از هزینه‌های سلامت به کمتر از ۳۰ درصد تنزل یابد. به‌نظر می‌رسد که عدم تحقق ماده (۹۰) برنامه چهارم و تأکید سیاست کلی برنامه پنجم توسعه، توجه جدی قانونگذار را برای پیش‌بینی تأمین منابع کافی طلب می‌نماید.

نمودار ۳. نسبت هزینه‌های سلامت دولت به کل هزینه‌های دولتی

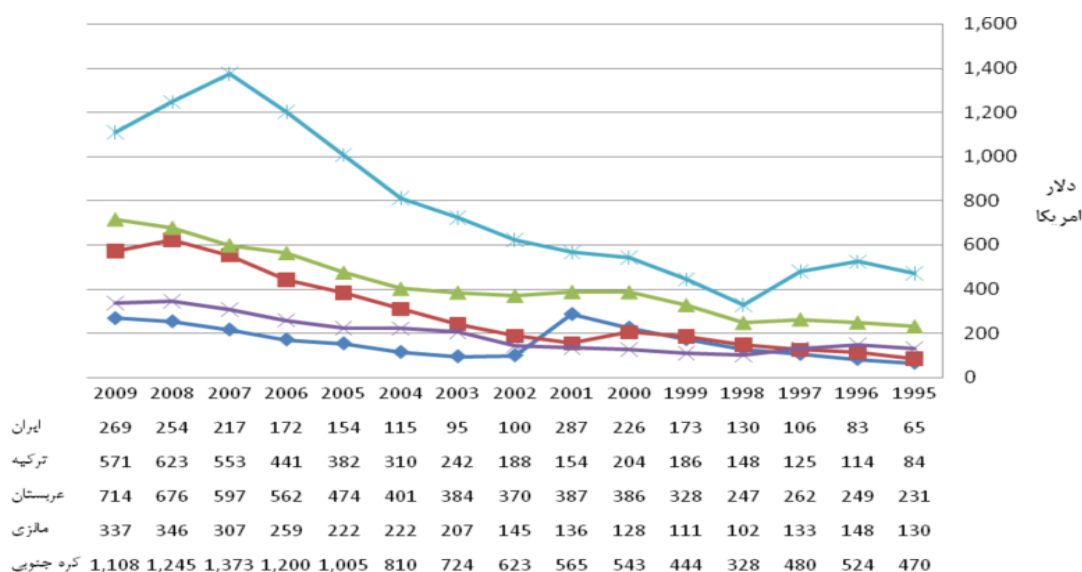


جهت‌گیری کشورها به مقوله سلامتی و میزان اعتباری که به این امر اختصاص می‌دهند در سال‌های مختلف، متفاوت است. یکی از شاخص‌هایی که این امر را نشان می‌دهد، سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های دولتی است. این شاخص نشان می‌دهد که از کل اعتبارات دولت، چه بخشی به



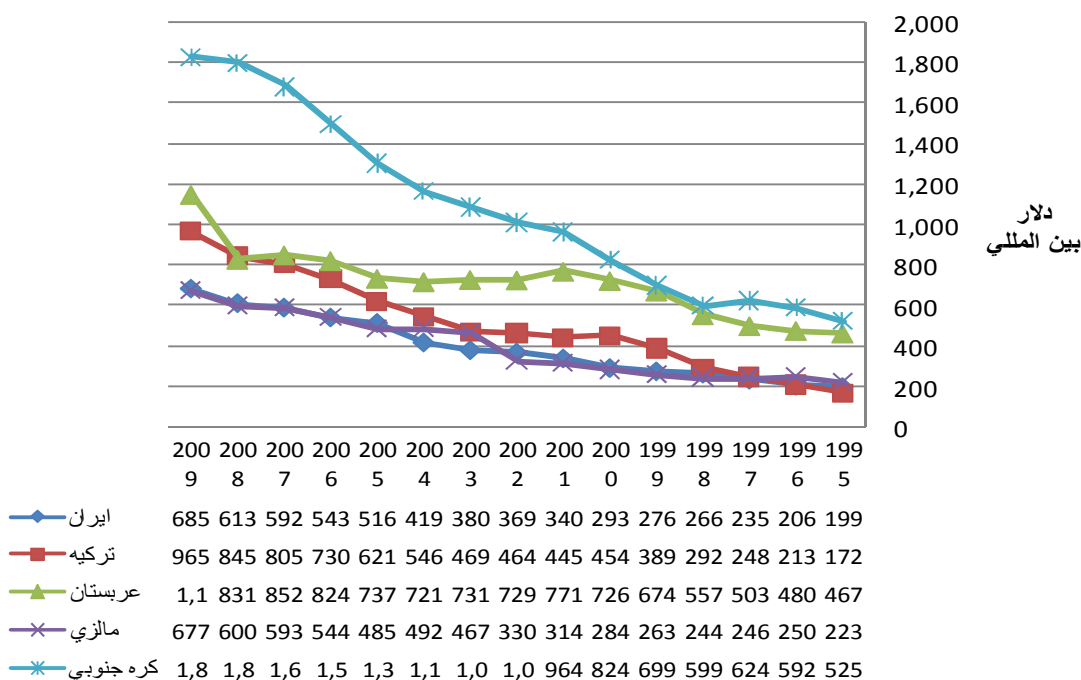
حوزه سلامت اختصاص می‌یابد. در کشور ما نیز، این شاخص متغیر بوده و از ۶/۹ درصد از کل هزینه‌های دولت در سال ۱۹۹۵ تا ۸/۷ درصد در سال ۲۰۰۹ متغیر بوده است. روند تغییر به‌طور نسبی خوب بوده است، ولی تأمل در نمودار، بی‌ثباتی در میانه بازه زمانی ۱۵ ساله را به تصویر می‌کشد. شاخص فوق در سال ۲۰۰۱ حتی به ۹/۸ درصد نیز رسیده، ولی در ادامه کاهش یافته است.

نمودار ۴. هزینه سرانه سلامت برحسب دلار آمریکا



هزینه سرانه سلامت، میزان اعتباری است که در طی یک سال، توسط دولت، پرداخت مستقیم مردم و بخش خصوصی صرف تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه می‌شود. این شاخص برای ایران از ۶۵ دلار در سال ۱۹۹۵، به ۲۶۹ دلار آمریکا در سال ۲۰۰۹ افزایش یافته است. علیرغم افزایش نسبی شاخص فوق در کشورمان، میزان افزایش این شاخص در ترکیه از ۸۴ دلار به ۵۷۱ در بازه زمانی فوق، حاکی از سرمایه‌گذاری بیشتر این کشور در زمینه سلامت است. توجه به این نکته ضروری است که در بین کشورهای فوق، سرانه هزینه‌ای را که ایران صرف‌نظر از سهم بخش خصوصی و دولتی به این امر اختصاص داده است، کمتر از سایرین است.

نمودار ۵. هزینه سرانه برحسب دلار بین‌المللی (نرخ برابری ارز)



سرانه هزینه سلامت بر حسب دلار آمریکا ضمن آنکه امکان مقایسه هزینه‌ها را میسر می‌سازد، ولی نشان‌دهنده قدرت واقعی خرید کشورها نیست. جهت مقایسه قدرت خرید و توانایی ارزش پول کشورها، سازمان جهانی بهداشت واحدی را تحت عنوان نرخ برابر ارز^۱ به کار می‌گیرد که شاخص دقیق‌تری را جهت مقایسه هزینه‌های سلامت فراهم می‌سازد.

براساس این سرانه هزینه سلامت کشورمان از ۱۹۹ دلار در سال ۱۹۹۵ به ۶۸۵ دلار بین‌المللی در سال ۲۰۰۹ افزایش یافته است. در هر حال استفاده از این شاخص نسبت به دلار آمریکا تغییر خاصی را نشان نمی‌دهد، گرچه تا حدی نوسانات قبلی را در این نمودار شاهد نیستیم.

۶. وضعیت کارکردهای نظام سلامت

امروزه در دنیا بخش بهداشت و درمان از مهمترین بخش‌های خدماتی محسوب می‌شود و شاخص‌های پیشرفت در آن یکی از شاخص‌های اصلی توسعه و رفاه اجتماعی تلقی می‌شود. براساس نظر سازمان بهداشت جهانی، نظام سلامت متشکل از تمام سازمان‌ها، مؤسسات و منابعی است که در ارائه خدمات سلامت مداخله دارند و این نظام در پی سه هدف کلان سلامت خوب، پاسخگویی به انتظارات مردم و عادلانه بودن مشارکت مالی در تأمین خدمات با کیفیت است. لذا در

1. Purchasing Power Parity (PPP)



این بخش به اهم نقاط قوت و ضعف هریک از کارکردهای نظام سلامت می پردازیم. بیشتر اطلاعات این بخش برگرفته از گزارش سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر شده است می باشد.

۱-۶. نقاط قوت نظام بهداشت و درمان کشور

- وجود قوانین برنامه‌های توسعه‌ای به‌ویژه قانون برنامه پنجم، برنامه دستیابی نظام سلامت به چشم‌انداز بیست‌ساله،
- وجود تکلیف قانونی دولت به تأمین سلامت به‌عنوان حقی همگانی،
- وجود راهبرد ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع،
- وجود شبکه گسترده بهداشتی و درمانی در کلیه مناطق کشور،
- وجود مراکز آموزشی دانشگاهی متعدد و رشد کمی آن در دو دهه گذشته،
- ادغام نظام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی،
- افزایش ظرفیت‌های رشته‌های تخصصی علوم پزشکی و دوره‌های دکترای Ph.D. در موارد مورد نیاز،
- نزدیک شدن شاخص‌های نیروهای انسانی مورد نیاز برای سلامت مردم به استانداردهای قابل قبول،
- دریافت عوارض از صنایع مضر به سلامتی.

۲-۶. نقاط ضعف نظام بهداشت و درمان

- پراکندگی مراکز سیاست‌ساز و تصمیم‌گیر حوزه سلامت و نظام تصمیم‌گیری متمرکز،
- ضعف در نظام پاسخگویی،
- ضعف نظام مشارکت مردمی در تصمیم‌گیری‌ها و سیاستگذاری‌های کلان،
- کم بودن سهم مراقبت‌های اولیه بهداشت از هزینه‌های سلامت،
- نبود استانداردهای حرفه‌ای مصوب و نظارت‌های مربوطه،
- مهاجرت نیروی انسانی بخش سلامت از جمله اعضای هیئت علمی،
- نظام ارائه خدمات و خرید خدمات گسسته (چندپاره)،
- استفاده از تکنولوژی گرانقیمت در سطح دوم و سوم،
- توزیع نامناسب ارائه‌کنندگان در سطح خرد و کلان،
- مراجعات مکرر مردم (مخاطرات اخلاقی و تقاضای القایی)،
- ابهام در تعریف بسته خدمات سلامتی،
- ناکارآمدی نظام مدیریت اطلاعات موجود،

- عدم فراگیری عمق پوشش بیمه از نظر پرداخت،
- نامتعادل بودن تعرفه‌ها،
- پایین بودن سهم بخش سلامت از GDP.

۳-۶. فرصت‌های پیش روی نظام بهداشت و درمان

- وجود شوراهای اسلامی شهر و روستا به‌عنوان بازوهای مشارکت و نظارت مردمی در حوزه سلامت،
- افزایش نسبت جمعیت فعال به غیرفعال،
- افزایش قیمت نفت و فرصت‌های ناشی از آن،
- روند کاهنده نرخ رشد جمعیت،
- افزایش نرخ باسوادی،
- وجود مراکز آموزش حرفه‌ای،
- روند روبه رشد سواد بهداشتی مردم،
- وجود تکنولوژی‌های مناسب برای ارتقای سلامت و افزایش تحرک،
- وجود سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در بخش محیط زیست.

۴-۶. تهدیدهای پیش روی نظام بهداشت و درمان

- کمبود شواهد ملی در زمینه تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت و نابرابری در سلامت در کشور،
- توجه ناکافی به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و سهم سایر ارگان‌ها و تأثیر سیاست‌ها و مداخلاتشان بر پیامدهای سلامت،
- کمبود قوانین در برخی از حیطه‌ها و ضرورت مقررات‌زدایی در برخی موارد،
- مغایرت سیاست‌های اتخاذ شده توسط برخی از سازمان‌ها با اصول و معیارهای سلامت،
- نبود سیستم پایش و ارزشیابی استانداران براساس وضعیت نشانگرهای سلامتی استان،
- نامناسب بودن ضریب جینی (توزیع درآمد)،
- افزایش تورم،
- عدم تناسب سرمایه‌گذاری دولت در بخش عمرانی سلامت نسبت به رشد جمعیت،
- عدم امکانات فیزیکی و منابع اعتباری برای سرمایه‌گذاری در بخش خصوصی سلامت (افزایش قیمت تمام شده بخش خصوصی)،



- تغییر هرم سنی در جهت سالخوردگی جامعه،
- افزایش نسبت جمعیت بارور (موج دوم افزایش جمعیت)،
- افزایش نسبت جمعیت شهری (تغییر در الگوی بیماری‌ها)،
- توسعه ناکافی حمل‌ونقل عمومی برای کاهش استفاده از وسایل نقلیه شخصی،
- وجود آلاینده‌های خاک (سموم و کودهای شیمیایی، عناصر سنگین، مواد نفتی و...)، آب (پسماندهای صنعتی و فاضلاب انسانی، بیمارستانی و...) و هوا (خودرو و کارخانجات و...)، زیستی (گیاهان و جانوران تغییر شکل‌یافته ژنتیکی) و آلودگی‌های نوپدید (صوت، نور و امواج).

۷. تدوین و تحلیل قوانین و سیاست‌ها از نظر مفهومی

سیاست فرآیندی است که بدان وسیله مشکلات مفهوم‌سازی شده، راه‌حل‌ها و جایگزین‌ها تدوین می‌شوند، تصمیم‌ها اتخاذ، ابزارهای سیاست انتخاب و برنامه‌ها ارائه می‌شوند. سیاست مفهومی عام بوده که هر نوع تصمیم، حتی تصمیم‌های روزمره را که توسط سازمان‌ها، ادارات، دولت و مجموعه ارکان حاکمیت برای موضوع خود اتخاذ می‌نمایند، را شامل می‌شود. در یک نگاه منطقی، سیاستگذاری جزء تصمیم‌هایی است که دولت و حاکمیت اخذ می‌نمایند که از قانونگذاری عام‌تر است، زیرا امکان اتخاذ آن، علاوه بر قوه مقننه توسط سایر قوا و سازمان‌ها وجود دارد. از این منظر می‌توان هرگونه قانونگذاری را سیاستگذاری فرض کرد، ولی هر سیاستگذاری، قانونگذاری محسوب نمی‌شود. در این مجال تنها به فرآیند تدوین و اصلاح سیاست‌های تقنینی که اتخاذ آن برعهده قوه مقننه و مجلس شورای اسلامی است اشاره می‌کنیم. از آنجا که فرآیند تدوین قوانین و سیاست‌ها با تحلیل آنها قدری تفاوت دارند، لذا به‌طور مستقل مورد بحث قرار می‌گیرند:

۷-۱. تدوین سیاست‌های عمومی از طریق چرخه سیاستگذاری

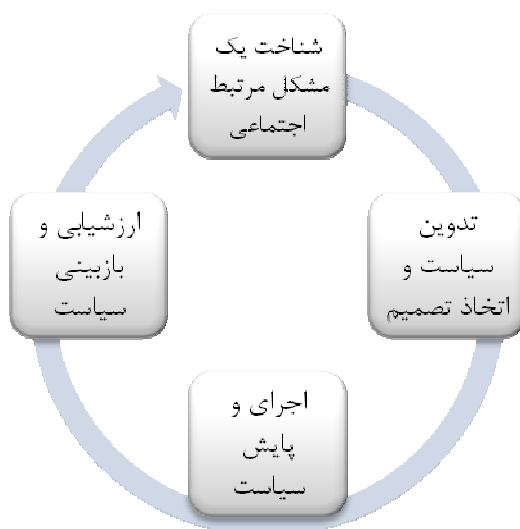
به‌طور معمول قوانین و سیاست‌ها براساس نیاز اجتماع، شکل گرفته و صرف‌نظر از تفاوت‌های جزئی در مرحله تنظیم، از یک چرخه‌ای تبعیت می‌نمایند که آن را چرخه سیاستگذاری می‌نامند. این چرخه دارای ۴ مرحله به‌شرح زیر است:

مرحله اول - شناخت یک مشکل مرتبط اجتماعی

یک مشکل به‌عنوان اختلافی میان اصول اجتماعی پایه و وضعیت موجود تعریف می‌شود. بنابراین درک مشکل بستگی به مقایسه میان استانداردهای هنجارهای کنونی و وضعیت واقعی دارد. استانداردهای هنجاری تحت تأثیر جریان‌های سیاسی حاکم و ارزش‌های عمومی است. تنظیم

دستور کار، جنبه مهمی از مرحله اول است. زمانی که موضوعی در دستور کار سیاست قرار می‌گیرد، قانونگذار می‌تواند یک کمیته بخشی یا بین‌بخشی برای تهیه سیاست یا به عبارت دیگر چارچوب کلی برای شرح موضوع را تعیین نماید. نمودار ۶ چرخه سیاست را نشان می‌دهد.

نمودار ۶. چرخه تدوین سیاست



سؤالی که در این مرحله سیاستگذار باید به آنها پاسخ دهد، می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- چه کسی مشکل را تعریف کرده است؟
- چه کسی لیست مشکلات را تنظیم کرده است؟
- آیا مشکلات براساس شواهد تنظیم شده است؟
- متخصصین، رسانه‌ها و مردم چه تأثیری بر انتخاب موضوعات داشته‌اند؟
- آیا انتخاب موضوعات متأثر از محیط بوده است؟
- برای انتخاب موضوعات چه الگویی مورد استفاده قرار گرفته است؟
- آیا بعد از تهیه لیست مشکلات، بعضی از آنها حذف شده است؟
- چه کسی این مشکلات را از لیست حذف کرده است؟
- حذف این مشکلات با چه دلیلی انجام شده است؟
- آیا برای اولویت‌بندی مشکلات از روش علمی استفاده شده است؟
- انتخاب نهایی مشکل توسط چه کسی انجام شده است؟
- انتخاب نهایی بر چه مبنایی صورت گرفته است؟
- آیا کسی می‌تواند موضوع انتخابی را وتو کند؟



مرحله دوم - تدوین سیاست و اتخاذ تصمیم

تدوین سیاست با تحلیل حوزه‌های سیاست یا به عبارت بهتر، با تحلیل وظیفه‌ای که باید گنجانده شود، شروع می‌گردد. تحلیل مشکل ممکن است جنبه‌های بسیار مختلفی را شامل شود. در تحلیل اهداف کلی و اهداف جزئی تدوین می‌شوند. سپس ابزارهای سیاست انتخاب شده و می‌توانند شامل اطلاعات، اقدام جمعی، انگیزه‌های اقتصادی (برای مثال یارانه‌ها)، دستورالعمل‌های قانونی باشد. سپس برنامه اجرا تدوین می‌شود که به مذاکره‌ها با بازیگران مختلف به منظور توافق بر روی مشارکت‌شان منجر می‌شود. هزینه‌ها و فواید ناشی از اجرای سیاست باید مورد بررسی قرار گیرد. سؤالاتی که در این مرحله پاسخ به آنها می‌تواند سیاستگذار را در طی این مرحله یاری نماید،

شامل موارد زیر می باشد:

- چه کسانی در تدوین سیاست نقش داشته‌اند؟
- لیست مداخلات را چه کسانی و چگونه تهیه کرده‌اند؟
- چرا تأثیر بر تدوین سیاست برای آنها مهم بوده است؟
- آیا برای تدوین سیاست دستورالعمل وجود دارد؟
- تدوین سیاست تحت تأثیر کدام تئوری اخلاقی بوده است؟
- تدوین سیاست تحت تأثیر کدام تئوری سیاسی بوده است؟
- آیا برای تدوین سیاست، شبکه سیاسی تشکیل شده است؟
- برای تدوین سیاست از چه مشاورینی استفاده شده است؟
- نقش متخصصان، مردم و رسانه در تدوین سیاست چه بوده است؟
- چه کسی در طراحی مداخله انتخاب شده نقش دارد؟
- آیا برای این تصمیم از متد علمی استفاده شده است؟
- نقش دولت در تدوین سیاست چه بوده است؟

مرحله سوم - اجرای سیاست

فرآیند اجرا اغلب به‌طور نارسا دنبال می‌گردد. در بسیاری موارد هیچ نقشه راه شفاف‌ای که نشان دهد چه چیزی، کجا، کی، چگونه و با فعالیت‌های چه کسی اجرا می‌شود، وجود ندارد. در بسیاری از سیاست‌ها، به‌جای اهداف SMART (مشخص، قابل اندازه‌گیری، مقبول، واقعگرا و زماندار) تنها تمناهای قلبی سیاسی به چشم می‌خورد. در این مرحله سیاستگذار ممکن است با سؤال‌های زیر روبرو شود:

- آیا سیاست کاملاً اجرا شده است؟

- تخصیص منابع برای اجرای سیاست چگونه انجام شده است؟
- کدام سازمان منابع تخصیص یافته را در اختیار گرفته است؟
- چه کسانی آن را اجرا کرده‌اند؟
- اجرای سیاست با چه رویکردی انجام شده است؟ (بالا به پایین،...)
- چه ابزاری برای اجرای سیاست مورد استفاده قرار گرفته است؟
- آیا ذینفعان بر جریان اجرا نظارت داشته‌اند؟
- اجرا تا چه حد تحت تأثیر افراد و آژانس‌های مجری و غیرمجری بوده است؟
- در صورت تغییر در سیاست در حین اجرا، چرا و توسط چه کسی بوده است؟
- در صورت شکست سیاست، چه عاملی باعث آن شده است؟
- آیا سیاست علیرغم بی‌فایده بودن کماکان در حال اجراست؟

مرحله چهارم - ارزشیابی سیاست

ارزشیابی سیاست اغلب بی‌اهمیت پنداشته می‌شود. به هر صورت، بسیاری از برنامه‌های سیاست اصلاً ارزشیابی نمی‌شوند. گاهی به دلیل ضعف در پذیرش عمومی یک مداخله و یا پذیرش ابزارهای سیاستی انتخاب شده، آن سیاست نمی‌تواند اجرا شود. اگر چه بسیاری از نتایج ارزشیابی مربوط به دانش و تجربه مدیران عمومی است، ولی موارد زیادی وجود دارد که نتایج ارزشیابی به طور عمد منتشر نشده یا مورد بحث قرار نمی‌گیرد، که این امر می‌تواند برای نخبگان سیاسی خیلی پرمخاطره باشد. یک سیاست می‌تواند در این مرحله در به پاسخ به سؤال‌های زیر مورد ارزشیابی قرار گیرد:

- آیا ارزشیابی فرآیند سیاستگذاری، پیش‌بینی شده است؟
- آیا جریان سیاستگذاری مورد ارزشیابی قرار گرفته است؟
- چه کسی ارزشیابی را انجام داده است؟
- آیا ارزشیابی به صورت خود ارزیابی بوده است؟
- موفق یا ناموفق بودن سیاست برای ارزشیابی‌کننده چه اهمیتی داشته است؟
- آیا ارزشیابی به صورت علمی انجام شده است؟
- متدولوژی ارزشیابی چه بوده است؟
- برای ارزشیابی از چه منابع اطلاعاتی استفاده شده است؟
- آیا فقط ارزشیابی نتیجه، انجام شده است یا فرآیند نیز مورد ارزشیابی قرار گرفته است؟
- آیا نتایج ارزشیابی، بر پایان دادن به سیاست و یا باز طراحی آن مؤثر بوده است؟
- ارزشیابی سیاست گذشته‌نگر بوده است یا آینده‌نگر؟

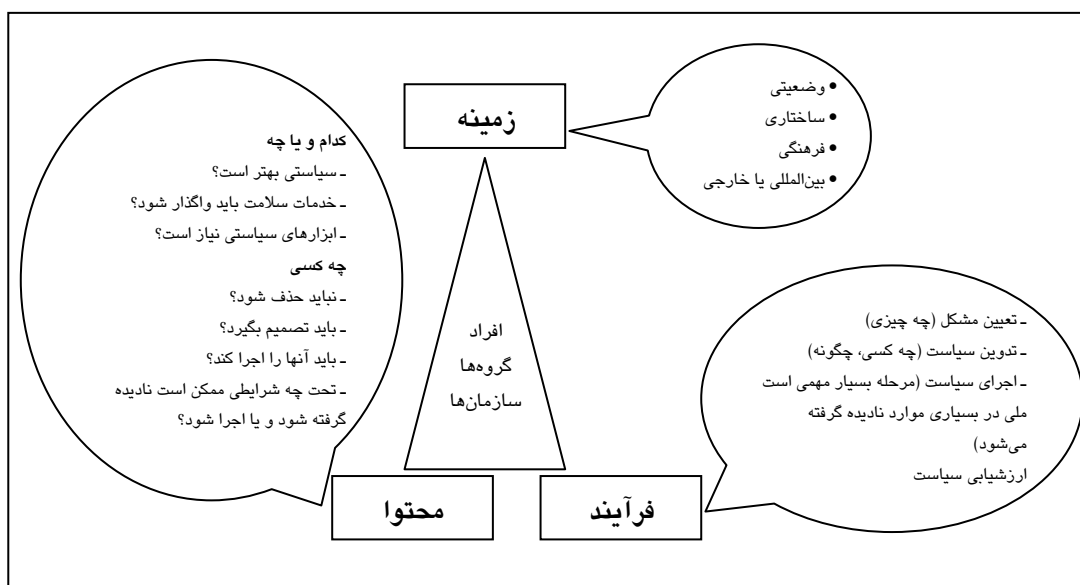


- آیا مقایسه نتایج با اهداف، نتایج مطلوب را نشان می‌دهد؟
- آیا نتایج، فقط حاصل این سیاست است یا متأثر از سایر سیاست‌ها نیز می‌باشد؟
- آیا برون‌داد و نتایج متأثر از ارزش‌های بازیگران بوده است؟
- آیا در تعریف اهداف سیاست نقص و ابهام وجود داشته است؟
- چه کسی از مبهم بودن هدف سود می‌برد؟
- آیا سیاست نتایج معکوس یا منفی داشته است؟
- آیا سیاست پایان یافته یا بازطراحی شده است؟
- علت پایان بخشیدن به سیاست چه بوده است؟
- اگر سیاست ناموفق بوده است چرا پایان داده نشده است؟

۷-۲. تحلیل سیاست‌های عمومی از طریق مدل مثلثی

گاهی با سیاست‌هایی روبرو هستیم که با وجود اهمیت و دغدغه خاطر تدوین‌کنندگان، به اجرا درنیامده است. مجریان سعی می‌نمایند اشکال کار را بر گردن سیاستگذاران نهاده و شانه از مسئولیت اجتماعی خالی کنند و ازسوی دیگر قانونگذاری با این عبارت که این قانون است و باید اجرا شود، مسئولیت عدم اجرا را متوجه مجریان می‌دانند. تحلیل سیاست می‌تواند نقش و جایگاه هر سطح را به تصویر بکشد. برای تحلیل سیاست ابزارهای مختلفی وجود دارد، در اینجا یک مدل مثلثی به اجمال توضیح داده می‌شود. خاطر نشان می‌شود که مدل ارائه هم می‌تواند برای تدوین و هم برای تحلیل سیاست‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

نمودار ۷. مثلث تحلیل سیاست



مرحله اول - تحلیل زمینه سیاست

برای تحلیل یک سیاست، باید به عوامل زمینه‌ای سیاست پرداخت از جمله شرایطی که این سیاست را ایجاد کرده است، ساختار سیاست چگونه بوده است، نقش عوامل فرهنگی، اجتماعی و حتی بین‌المللی چگونه بوده است.

مرحله دوم - تحلیل محتوای سیاست

در این مرحله محتوای سیاست مورد تحلیل قرار می‌گیرد. گاهی از اوقات به این دلیل سیاست‌ها به اجرا در نمی‌آیند که محتوای قوانین دارای اشکال است. در تحلیل محتوا به گروه هدف، نحوه اتخاذ تصمیم، شرایط اجرای سیاست، و... پرداخت می‌شود.

مرحله سوم - تحلیل فرآیند سیاستگذاری

یکی دیگر از مؤلفه‌های تحلیل سیاست، توجه به فرآیند و چگونگی تدوین سیاست است. همان‌طور که در چرخه سیاستگذاری اشاره شد، در این مرحله مبانی تعیین مشکل، تدوین سیاست، نحوه اجرا و ارزشیابی سیاست به دقت مورد تحلیل قرار می‌گیرد.

ذکر این نکته ضروری است که در هر سه مرحله، توجه به نقش بازیگران این عرصه بسیار مهم است. بسیاری از سیاست‌ها به این دلیل دچار شکست می‌شوند که، نقش ذینفعان در آن سیاست کمرنگ دیده شده و یا حتی بدون حضور کامل آنان تدوین شده‌اند. لذا در هر سه مرحله باید به نقش افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها در تدوین و اجرای سیاست توجه شود.



منابع و مآخذ

۱. آخرین آمارها و گزارش‌های عملکرد موجود در سایت رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۲. گزارش سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ویرایش دوم. سال ۱۳۸۸.
۳. بررسی لایحه برنامه پنجم توسعه در بخش سلامت، گزارش ۱۰۲۵۰ مرکز پژوهش‌های مجلس.
۴. پیشگیری از بیماری‌های مزمن: یک سرمایه‌گذاری حیاتی، سازمان جهانی بهداشت، اداره بهداشت همگانی کانادا، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی جهرم، ترجمه سیامک عالیخانی، سال ۱۳۸۸.
۵. دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش‌روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، شورای سیاستگذاری، تیرماه ۱۳۸۹.
۶. حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار ایران.
۷. گزارش‌های آماری موجود در سایت سازمان جهانی بهداشت:
http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84605
http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84670
http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84517
http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84679
http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84025



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۲۰۹۹

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: با نمایندگان مردم در مجلس نهم ۱۳. آشنایی با بخش سلامت

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین‌کنندگان: مریم رهبری، محمدرضا ملکی

ناظر علمی: علی اخوان بهبهانی

مقتضی: معاونت پژوهشی

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی: —

تاریخ انتشار: ۱۳۹۰/۱۱/۳