

مرداد ۱۴۰۱
مسلسل: ۱۸۳۱۱

آسیب‌شناسی قوانین برنامه اول تا ششم توسعه در حوزه سلامت





مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

کدموضوعی: ۲۱۰
شماره مسلسل: ۱۸۳۱۱

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: آسیب‌شناسی قوانین برنامه اول تا ششم توسعه در حوزه سلامت

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه سلامت)

تهیه و تدوین‌کنندگان: نیوشا شهیدی صادقی، مهدی مختاری پیام، سمیه صدیقی، محمد بختیاری علی‌آباد

ناظران علمی: کامیل قیدرلو، سیدمحمد موسوی خطاط، سامان یوسف‌وند

اظهار نظر کنندگان: توفیق حسین‌زاده، یحیی مزروعی ابیانه

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی:

۱. سلامت

۲. برنامه‌های توسعه

۳. برنامه ششم

۴. برنامه هفتم



تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۵/۴

به نام خدا

فهرست مطالب

۱	خلاصه مدیریت
۳	مفهوم توسعه و الزامات برنامه‌های توسعه‌ای.....
۴	احکام مرتبط با حوزه سلامت در قوانین برنامه توسعه.....
۵	رویکردهای تدوین احکام حوزه سلامت در قوانین برنامه اول تا ششم توسعه.....
۵	بررسی میزان انطباق برنامه‌های اول تا ششم توسعه با سیاست‌های کلی سلامت.....
۸	مسائل مرتبط با احکام سلامت در قوانین برنامه اول تا ششم توسعه.....
۱۵	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.....
۱۸	پیوست‌ها.....
۳۲	منابع و مأخذ.....



آسیب‌شناسی قوانین برنامه اول تا ششم توسعه در حوزه سلامت

خلاصه مدیریت

تغییرات و گستردگی ابعاد مفهوم سلامت به‌عنوان یک حق همگانی و ارکان تأثیرگذار بر فراهم‌سازی آن در سال‌های اخیر لزوم برنامه‌ریزی‌های دقیق با در نظر داشتن اولویت‌ها، اهداف و شاخص‌ها را دوچندان کرده است. در ایران، پس از انقلاب اسلامی تاکنون ۶ برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌صورت پنج‌ساله با همکاری دولت و مجلس تصویب و اجرا شده است که با چالش‌ها و نقدهایی همراه بوده است. بر این اساس گزارش حاضر در راستای یادگیری از تجربیات گذشته و بهبود مداوم به‌منظور پیش‌نیاز تدوین برنامه هفتم توسعه، به آسیب‌شناسی محتوایی و ساختاری^۱ احکام مرتبط با سلامت در برنامه‌های اول تا ششم توسعه پرداخته است. این بررسی طی پنج مرحله، «شناسایی و مقایسه موضوعات مربوط به حوزه سلامت در قوانین برنامه اول تا ششم توسعه»، «بررسی برنامه‌های توسعه اول تا ششم در چارچوب سیاست‌های کلی سلامت و مدل سازمان بهداشت جهانی»^۲، «شناسایی رویکردهای تدوین احکام حوزه سلامت در قوانین برنامه اول تا ششم»، «بررسی مسائل مرتبط با احکام سلامت در قوانین برنامه اول تا ششم توسعه» و همچنین «شناسایی چالش‌ها و راهکارهای مرتبط با احکام سلامت در قانون برنامه ششم توسعه» انجام گرفته است.

در این گزارش به تحلیل موضوعات اصلی احکام مرتبط با سلامت در برنامه‌های اول تا ششم توسعه پرداخته شد. پوشش همگانی، ارائه خدمات یکپارچه، سلامت الکترونیک، ارائه خدمات به اقشار خاص و حق بیمه از جمله موضوعات با احکام متعدد و حتی تکرار عین حکم بودند که حاکی از در اولویت بودن این موضوعات است. همچنین نگاهی بر روند کلی حاکم بر احکام بخش سلامت در برنامه‌های اول تا ششم توسعه حاکی از آن است که در برنامه‌های اول و دوم بیشتر به موضوعات بهداشت توجه شده است و در برنامه‌های سوم تا ششم بیشتر رویکردها منوط به حوزه درمان و عدالت بوده، بنابراین شاهد کاهش تمرکز بر بهداشت در تدوین قوانین هستیم.

با توجه به ضرورت تبعیت قوانین برنامه از سیاست‌های کلی در آن حوزه، در این گزارش احکام مرتبط با سلامت در قوانین برنامه از حیث انطباق با سیاست‌های کلی سلامت بررسی شد. بررسی موجود نشان داد که در برنامه ششم توسعه تقریباً به تمامی ابعاد مطرح شده در سیاست‌های کلی سلامت پرداخته شده است.

در این گزارش احکام مرتبط با سلامت در قوانین برنامه توسعه با در نظر داشتن چارچوب مدل کارکردی نظام سلامت (مدل سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۰) پرداخته شد. به‌نحوی که:

- در برنامه اول توسعه به کارکرد ارائه خدمات، تأمین مالی و مدیریت تجهیزات و دارو پرداخته شده است.

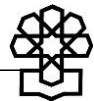
۱. پژوهش حاضر از نظر نتایج از نوع مطالعات کاربردی، از نظر فرایند اجرا ترکیبی به‌صورت کیفی و کمی با هدف سه‌سوسازی روش‌شناختی، از نظر هدف پژوهش از نوع مطالعات اکتشافی، از نظر منطق استدلال استقرایی بوده و به‌صورت مقطعی در سال ۱۴۰۰ به انجام رسید.
۲. با استفاده از روش تحلیل اسنادی.

- در برنامه دوم توسعه تمامی حوزه‌ها بجز مدیریت دانش و اطلاعات پوشش داده شده است.
- در برنامه سوم توسعه نیز تمامی حوزه‌ها بجز مدیریت دانش و اطلاعات پوشش داده شده و بیشترین فراوانی احکام در کارکرد تولیت بوده است.
- در احکام برنامه چهارم، پنجم و ششم توسعه تمامی کارکردهای مطرح شده در الگوی سازمان جهانی بهداشت پوشش داده شده است، اما بیشترین احکام در برنامه توسعه چهارم به ترتیب در حیطه کارکرد تولیت، تأمین مالی و تأمین خدمات بود.
- در برنامه پنجم توسعه نیز بیشترین احکام به ترتیب در حیطه کارکرد تولیت، تأمین مالی و منابع انسانی بود.
- بیشترین احکام برنامه ششم توسعه در حیطه کارکرد تولیت، تأمین خدمات و تأمین مالی بودند.

نکته مهم دیگر، افزایش گستردگی احکام در طی قانون اول تا ششم توسعه و در مقابل آن کاهش میزان اجرایی شدن احکام مندرج در آنهاست. با توجه به یافته‌های مطالعات صورت گرفته درخصوص ارزیابی احکام مرتبط با سلامت در برنامه‌های اول تا ششم توسعه، **نقاط ضعفی** از جمله عدم دستیابی به نتایج مورد انتظار در پایان برنامه‌ها، فقدان توجه به روندهای بین‌المللی و موضوعات ارتقای سلامت در برنامه‌ها، فقدان حد مطلوب جامعیت در سیاستگذاری، تکرار همان متن در برنامه بعدی، ابهام در مورد نقش دولت در تأمین سلامت، قوانین مقطعی و مبتنی بر اقتضائات یک دوره خاص، تنظیم قوانین در راستای سلیقه سیاستگذاران، فقدان قابلیت پیگیری و اجرای بسیاری از سیاست‌های کلی برنامه از منظر ظرف زمانی، نامشخص بودن متولی در برخی احکام و ... در احکام مرتبط با سلامت در برنامه‌های اول تا ششم توسعه به صورت مشترک وجود دارد.

ضمن اینکه بررسی‌ها نشان داد که در برنامه‌های اول تا ششم توسعه در بخش سلامت، به برخی موضوعات کمتر پرداخته شده است. در اولویت قرار گرفتن سیاست‌های محافظت‌کننده از گروه‌های آسیب‌پذیر، تأکید بر مسئولیت بیمه‌های درمان در خرید خدمات، یکسان شدن تعرفه حق فنی خدمات سلامت در بخش‌های دولتی و غیردولتی، مدیریت منابع از طریق نظام‌های بیمه‌ای، عدم حضور ذی‌نفعان بخش خصوصی در جایگاه حاکمیتی، تقویت و اصلاح ساختار فعلی شبکه بهداشت کشور با توجه به نیازهای درحال تکامل جامعه و تغییرات جمعیتی از جمله این موارد هستند. همچنین در این بررسی به برخی مشکلات ساختاری اشاره شده است که در برنامه‌های توسعه و به‌ویژه قانون برنامه ششم توسعه در حوزه سلامت حاکم است. از جمله ماهیت رویایی و ایدئال‌گرایی احکام، عدم شفافیت حکم، فقدان شاخص کمی و کیفی، فراهم نبودن زیرساخت‌ها، نیازمندی احکام به همکاری سایر دستگاه‌ها، فراهم نمودن بستر قانون‌گریزی در متن حکم، فقدان اولویت‌بندی گروه هدف برای اجرا، نداشتن مکانیسم تأمین مالی مشخص و فقدان متولی مشخص یا داشتن متولی چندگانه.

مروری بر قانون برنامه ششم توسعه (به‌عنوان قانون برنامه مجری در کشور) نشان می‌دهد باید اشاره داشت که در این قانون علی‌رغم اینکه سیاستگذار تلاش کرده است ضمن پرداختن به موضوعات اساسی حوزه سلامت، یکپارچگی احکام و ضمانت در اجرای آن را در نظر گیرد، اما این قانون در حوزه سلامت با نقاط ضعفی مانند نبود ارتباط موثر بین‌بخشی با سایر دستگاه‌ها، در نظر نگرفتن مکانیسم تأمین مالی برخی احکام، غیرواقع‌بینانه و غیرقابل اجرا بودن (در مدت سال‌های اجرای قانون)، عدم شفافیت در متن حکم، در نظر نداشتن شاخص‌های کمی در متن



برنامه، عدم به‌کارگیری راه‌کارهای قانون‌گریزی در متن احکام جهت افزایش ضمانت اجرایی آن، چندمتولی بودن برخی احکام، در نظر نداشتن برخی زیرساخت‌های لازم جهت پیاده‌سازی احکام، عدم اولویت‌بندی لازم برای گروه‌های هدف و یا بعضاً ایرادهای نگارشی در برخی احکام حوزه سلامت روبه‌روست.

در این گزارش، با در نظر داشتن نقاط قوت و ضعف برنامه‌های اول تا ششم توسعه مبتنی بر مرور مطالعات انجام شده و کسب نظرات خبرگان و صاحب‌نظران در امر سیاست‌گذاری سلامت، برخی راهکارها و سیاست‌های پیشنهادی در راستای ارتقای سطح برنامه‌ریزی کشور در این حوزه به‌ویژه در برنامه هفتم توسعه و دستیابی به اهداف قانونگذاران ارائه شد. از جمله اجرای صحیح اصول برنامه‌ریزی منسجم و هدفگذاری در راستای اهداف بهداشتی در سه رده پیشگیری، درمان و بازتوانی، تعریف شاخص‌های مناسب در ارزیابی میزان تحقق برنامه، پیش‌بینی سازوکارهای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز ارزیابی برنامه، حمایت سیاسی کافی، ایجاد درک واحد بین ذی‌نفعان در سطوح مختلف سیاست‌گذاری و اجرا، انطباق طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت، برنامه‌های متکی بر داده‌ها و برآوردهای منطقی و واقع‌بینانه و همچنین حرکت به سوی برنامه‌های مختلط (دستوری-ارشادی) و انجام اصلاحات اساسی ساختاری در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و اقتصادی ارائه شده است.

همچنین ضروری است در اولویت قرار گرفتن سیاست‌های محافظت‌کننده از گروه‌های آسیب‌پذیر، تأکید بر مسئولیت بیمه‌های درمان در خرید خدمات، یکسان شدن تعرفه حق فنی خدمات سلامت در بخش‌های دولتی و غیردولتی، مدیریت منابع از طریق نظام بیمه‌ای، عدم حضور ذی‌نفعان بخش خصوصی در جایگاه حاکمیتی، تقویت و اصلاح ساختار فعلی شبکه بهداشت کشور با توجه به نیازهای در حال تکامل جامعه و تغییرات جمعیتی را به‌عنوان رویکردهای مؤثر در اتخاذ تصمیمات مرتبط با حوزه سلامت در برنامه توسعه هفتم مطرح شده است.

مفهوم توسعه و الزامات برنامه‌های توسعه‌ای

کانون اصلی الگوهای توسعه‌ای با توجه به شرایطی از جمله شرایط اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی کشورها، متفاوت است. در اواسط دهه ۱۹۷۰، نابرابری‌های روبه‌گسترش اقتصادی در کشورهای جهان سوم موجب شکل‌گیری رویکردهایی در خصوص تعیین اهداف و برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری توسعه شد که بر حول محور رفع نیازهای اساسی بنا نهاده شد. طرح موضوع تأمین نیازهای اساسی به طرح مسئله افزایش رفاه گروه‌های محروم و فقیر در کشورهای در حال توسعه یا کمتر توسعه یافته کمک کرد.^۱

مقوله تأمین نیازهای اساسی مبتنی بر اصل قرار دادن این موضوع است که توسعه به معنای فرایند بهبود و دستیابی به وضعیت مطلوب در بردارنده این نکته است که هدف محوری توسعه را ایجاد فرصت‌های لازم برای دسترسی به یک زندگی مطلوب و کامل دانسته و تأمین نیازهای اساسی از الزامات و شروط اساسی تحقق چنین فرصت‌هایی است و اساس این موضوع پذیرش این اصل است که برای تمامی انسان‌ها نیازهای فیزیکی، فکری، روانی مشترک وجود داشته و تأمین آن از الزامات و شروط پایه‌ای تحقق یک زندگی مطلوب یا سعادت‌مندانه است. در راس

۱. پوررضا، ابوالقاسم. اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه: راهنمای عملی. مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی: ۱۳۹۳.

این نیازها، نیازهای پایه و نیز نیازهای خدمات عمومی از جمله آموزش‌های پایه‌ای و عمومی، بهداشت و درمان در زمینه مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌ها است.

توسعه مفهومی کیفی است که به جهت دو مفهوم تغییر^۱ و رشد با مفهوم کمی و عینی نیز همراه است. برنامه‌های توسعه‌ای یا برنامه‌های میان‌مدت، نقش میانجی بین برنامه‌های بلندمدت و برنامه‌های کوتاه‌مدت را دارند. به عبارت دیگر، تحقق برنامه بلندمدت، علاوه بر تدوین برنامه توسعه‌ای، نیازمند پیاده‌سازی و اجرای برنامه کوتاه‌مدت است. بنابراین، اثربخشی مؤثر برنامه‌های توسعه مستلزم هماهنگی و انسجام میان برنامه‌های بلندمدت (اسناد بالادستی)، میان‌مدت و کوتاه‌مدت خواهد بود به نحوی که منجر به نوعی همگرایی و هم‌افزایی میان برنامه‌ها و دستیابی به اهداف توسعه‌ای گردد. عامل دیگر مؤثر بر کارآمدی برنامه‌های توسعه، وجود امکانات، منابع و فرصت‌هاست. فراهم‌سازی آنها اعم از مالی و غیرمالی، سبب تسهیل در اجرای برنامه‌های عملیاتی، تأمین زیرساخت‌های لازم و فعال و درنهایت اجرایی شدن برنامه‌های توسعه خواهد شد.^۲ اطمینان از اجرای درست برنامه‌های توسعه‌ای، مستلزم در نظر داشتن و مقایسه عملکردهای صورت گرفته با اهداف و شاخص‌های مرتبط در برنامه‌هاست. از این حیث، پایش و ارزیابی برنامه‌ها جزء جدایی‌ناپذیر برنامه‌ها بوده که منجر به اطمینان از اجرای آن احکام خواهد شد.

احکام مرتبط با حوزه سلامت در قوانین برنامه توسعه^۳

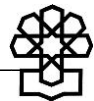
مروری بر احکام مرتبط با سلامت در قوانین برنامه اول تا ششم توسعه، نشان داده است که تعداد احکام مرتبط با حوزه سلامت در قوانین برنامه افزایش یافته است. به نحوی که این احکام در برنامه اول^۳ حکم، برنامه دوم^۴ حکم، برنامه سوم^{۱۱} حکم، برنامه چهارم^{۲۵} حکم، برنامه پنجم^{۳۱} حکم و درنهایت برنامه ششم توسعه دارای^{۳۶} حکم مرتبط با موضوع سلامت است.

همچنین احکام مذکور براساس محتوا، در ۱۷ دسته مورد اشاره در ذیل قابل دسته‌بندی هستند.^۴ (فراوانی این موضوعات در هریک از قوانین برنامه به شرح پیوست ۱ مشخص شده است.)

جدول ۱. حوزه‌های محتوایی برنامه‌های توسعه در بخش سلامت

خدمت‌رسانی به اقشار خاص	تأمین و تنظیم دارو	سلامت الکترونیک	حق بیمه و تعرفه
تغییر ساختاری	عدالت	تمرکززدایی	ارتقای شاخص‌های سلامت
توسعه شبکه‌های بهداشتی	موضوعات مرتبط با سلامت در احکام		یکپارچه‌سازی ارائه خدمت
سبک زندگی سالم			پوشش همگانی
افزایش درآمد اختصاصی	سطح‌بندی و خرید راهبردی	مدیریت نیروی انسانی	مدیریت کیفیت
مشارکت بخش غیردولتی			

۱. باید توجه داشت که تغییر کمی و مقطعی، رشد محسوب می‌شود، ولی به شرط استمرار است که توسعه به‌شمار خواهد رفت.
 ۲. بررسی تطبیقی سیاست‌های سلامت در برنامه‌های توسعه اول تا ششم ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی ۱۳۹۹؛ ۳۰(۷۹)، صص ۱۹۷-۲۲۸.
 ۳. به‌منظور دسته‌بندی موضوعی احکام مرتبط با سلامت در برنامه‌های توسعه اول تا ششم، موضوعات براساس روش تحلیل اسنادی استخراج و مقایسه بین برنامه‌ها انجام و مورد تأیید خبرگان قرار گرفت.
 ۴. با استفاده از مرور هدفمند صرفاً مطالعاتی که درخصوص بخش سلامت طراحی و انجام شده بودند، بررسی شدند. برای انجام مرور از ۳ نفر از خبرگان گزارش حاضر استفاده شد.



رویکردهای تدوین احکام حوزه سلامت در قوانین برنامه اول تا ششم توسعه

نگاهی بر روند کلی حاکم بر احکام بخش سلامت در برنامه‌های اول تا ششم توسعه حاکی از آن است که در برنامه‌های اول و دوم بیشتر به موضوعات **بهداشت** توجه شده است و در برنامه‌های سوم تا ششم بیشتر رویکردها منوط به حوزه **درمان و عدالت بوده** بنابراین **شاهدکاهش تمرکز بر بهداشت** در تدوین قوانین هستیم. نکته دیگر این است که در برنامه‌های اول، دوم و چهارم توسعه اهداف کمی در نظر گرفته شده است و از حیث شفافیت بیشتر برای دستگاه‌های مجری و ناظر، نتایج اثربخش تری نسبت به سایر برنامه‌ها به دنبال داشته است.

همچنین سیر کلی برنامه‌ها نشان می‌دهد که در تدوین برنامه‌ها برخی رویکردها از جمله تغییر رویه از مسائل ساختاری به مسائل فرایندی، تأکید بر خدمات مراقبت سلامت اولیه و افزایش توجه به روستاییان و افراد آسیب‌پذیر، ارتقای فرایند برنامه‌ریزی در طی برنامه‌ها، همراستا نبودن سیاستگذاری سلامت از رویکرد سیاسی دولت‌های مربوطه و همچنین تحقق سیاست‌های اجتماعی و ایجاد عدالت در برخورداری از امکانات بر برنامه‌های توسعه حاکم بوده است.

عمده اقدامات اجرا شده در طی برنامه‌های توسعه به شرح زیر است:

در **برنامه اول توسعه**، گسترش سریع شبکه‌های بهداشتی در تمام استان‌ها، بهبود شاخص‌های جمعیت و بهداشت به‌ویژه در مناطق روستایی و تصویب قانون بیمه سلامت همگانی از اقدامات مؤثر انجام‌گرفته در مدت پنج‌ساله این برنامه بود. کاهش مرگ و میر مادران، ایجاد بیمه درمانی کارکنان دولت، روستاییان و فقرا و ایجاد واحدهای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی که نیازی به حضور دائمی پزشک ندارند از عمده فعالیت‌های انجام‌شده در **برنامه دوم توسعه** بوده است. ایجاد سیستم نظارتی، آمادگی برای سهمیه‌بندی خدمات و پیاده‌سازی نظام ارجاع در **برنامه سوم توسعه** و تصویب و اجرای بیمه همگانی روستایی و پزشک خانواده نیز در **برنامه چهارم توسعه** بوده است. در **برنامه پنجم** نیز عدم اجرای کامل طرح پزشک خانواده در مناطق شهری و همچنین اجرای طرح تحول سلامت به‌عنوان یک اقدام بزرگ در طول سال‌های برنامه در کارنامه برنامه توسعه پنجم درج شد و درنهایت توانمندسازی نظام بیمه‌ای، اجرای نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده (اجرای ناقص) به‌عنوان اقدام عمده قوانین در **برنامه ششم توسعه** تاکنون بوده است.^۱

بررسی میزان انطباق برنامه‌های اول تا ششم توسعه با سیاست‌های کلی سلامت^۲

سیاست‌های کلی در مقام تعیین اولویت‌ها و همچنین بایدها و نبایدها بوده و مبنای برنامه‌های توسعه هستند. اگرچه برنامه‌های اول تا چهارم توسعه پیش از تصویب سیاست‌های کلی سلامت (مصوب ۱۳۹۳) تدوین و اجرا شده، اما برخی از احکام مندرج در برنامه‌های مذکور در سیاست‌های کلی سلامت وجود داشته و این نشان از آن دارد که این موضوعات همچنان اجرایی نشده، درحالی که این ضرورت هنوز برای کشور وجود دارد.

۱. رویکرد برنامه‌های اول تا ششم توسعه به شرح پیوست ۲ ارائه شده است.
۲. در این مرحله، با استفاده از روش تحلیل اسنادی، برنامه‌های اول تا ششم مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. درنهایت نتایج احصا شده برای روایی به تأیید خبرگان رسید.

بررسی‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که در قانون برنامه ششم توسعه تقریباً به اکثر احکام مندرج در سیاست‌های کلی سلامت پرداخته شده است (حکم متناظر با تعدادی از احکام سیاست‌ها در برنامه ششم توسعه وجود ندارد). البته کلیت این مسئله نیز ایراد دارد. به طوری که در راستای اجرای سیاست‌های کلی سلامت، لازم است برنامه‌ریزی توسط سیاستگذاران و برنامه‌ریزان به نحوی صورت پذیرد که به برخی از احکام مندرج در سیاست‌های کلی در یک برنامه توسعه پنج‌ساله پرداخته شود و مابقی احکام در برنامه‌های دیگر، تا امکان اجرایی شدن آن برنامه افزایش یابد.

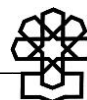
از جمله سیاست‌های کلی که در برنامه‌های توسعه بیشتر مد نظر قرار گرفته‌است، تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات است. در این خصوص تهیه پیوست سلامت، ارتقای شاخص‌های سلامت و اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم از جمله سیاست‌های مورد توجه در برنامه‌های چهارم تا ششم توسعه بود.

تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فراورده‌های بهداشتی ایمن، سیاست کلی بعدی بود که بجز برنامه اول، تمامی برنامه‌های توسعه در مواد قانونی متعددی به آن پرداخته‌اند. این موضوع از جمله برنامه‌های بین‌بخشی است که نیازمند حمایت همه‌جانبه تمام دستگاه‌های اجرایی و نظارتی است.

ساماندهی تقاضا و سیاستگذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی، سیاست کلی بعدی بود که در مفاد برنامه‌های توسعه به تکرار ذکر شده بود. این سیاست در برنامه‌های سوم و چهارم و نیز ششم مورد تأکید قرار گرفته است.

افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت، سیاست کلی بعدی است که از برنامه سوم توسعه مورد تأکید و توجه قرار گرفته است. اما نکته قابل توجه آن است که بندهای ذیل این سیاست که اشاره به طرق اجرای آن دارند، یا در مواد قانونی آورده نشده‌اند و یا به صورت محدود و جزئی اشاره شده‌اند.

توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف، سیاست کلی بعدی است که در تمامی برنامه‌های توسعه دوم تا ششم به دفعات مورد تأکید قرار گرفته است؛ اما اثربخشی اجرای این سیاست و برنامه‌های توسعه دارای ابهام است.



جدول ۲. بررسی انطباق احکام برنامه‌های اول تا ششم توسعه با سیاست‌های کلی سلامت^۱

سیاست کلی	بند «۱»			بند «۲»							بند «۳»	بند «۴»	بند «۵»	بند «۶»	بند «۷»				بند «۸»		
	(۱)	(۲)	(۳)	۶-۲	۵-۲	۴-۲	۳-۲	۲-۲	۱-۲	(۲)					۸-۲	۷-۲	۶-۲	۵-۲	(۱)	۸-۱	۷-۱
برنامه اول	-	-	۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
برنامه دوم	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
برنامه سوم	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱	۱	۱	۲	-	۱	-	۱	۱	-	
برنامه چهارم	۲	-	-	۲	۱	-	۱	-	۱	-	۲	۲	۲	۱	-	۳	-	۱	-	-	
برنامه پنجم	-	۳	۱	-	۱	۱	۲	۱	۲	-	۳	-	-	۲	۲	۲	-	۲	۱	-	
برنامه ششم	-	-	-	-	۱	۱	-	۱	-	۴	۵	-	-	۲	۲	۲	-	۲	-	-	

سیاست کلی	بند «۹»			بند «۱۰»					بند «۱۱»	بند «۱۲»						بند «۱۳»	بند «۱۴»			
	۹-۱	۹-۲	۹-۳	۱۰-۱	۱۰-۲	۱۰-۳	۱۰-۴	۱۰-۵		(۱۲)	۱۲-۱	۱۲-۲	۱۲-۳	۱۲-۴	۱۲-۵			۱۲-۶		
برنامه اول	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
برنامه دوم	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
برنامه سوم	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
برنامه چهارم	۳	۱	-	-	-	-	-	-	۲	۱	-	۱	-	-	-	-	-	-	-	-
برنامه پنجم	-	۲	۱	-	-	-	-	-	۲	۱	-	-	-	-	-	-	-	۴	۱	-
برنامه ششم	۴	۱	۱	-	-	-	-	-	۱	۱	۲	-	-	-	-	-	-	۲	-	۱

۱. پژوهشگران آگاه بوده‌اند که از نظر زمانی سیاست‌های کلی سلامت فقط شامل برنامه پنجم و ششم می‌شود، اما این مقایسه به منظور تطبیق موضوعی صورت گرفته است.

البته علاوه بر سیاست‌های کلی سلامت به‌عنوان سند بالادستی و ضرورت انطباق آن با قوانین برنامه‌ای، در این گزارش احکام مرتبط با سلامت در قوانین برنامه با ابعاد مطرح‌شده در الگوی سازمان بهداشت جهانی در خصوص کارکردهای نظام سلامت (سال ۲۰۰۰)^۱ نیز مورد بررسی قرار گرفت به‌نحوی که:

- در برنامه اول توسعه به کارکرد ارائه خدمات، تأمین مالی و مدیریت تجهیزات و دارو پرداخته شده است.
- در برنامه دوم توسعه تمامی حوزه‌ها بجز مدیریت دانش و اطلاعات پوشش داده شده است.
- در برنامه سوم توسعه نیز تمامی حوزه‌ها بجز مدیریت دانش و اطلاعات پوشش داده شده و بیشترین فراوانی احکام در کارکرد تولیت بوده است.
- در احکام برنامه چهارم، پنجم و ششم توسعه تمامی کارکردهای مطرح شده در الگوی سازمان بهداشت جهانی پوشش داده شده است، اما بیشترین احکام در برنامه توسعه چهارم به‌ترتیب در حیطه کارکرد تولیت، تأمین مالی و تأمین خدمات بود.
- در برنامه پنجم توسعه نیز بیشترین احکام به‌ترتیب در حیطه کارکرد تولیت، تأمین مالی و منابع انسانی بود.
- بیشترین احکام برنامه ششم توسعه در حیطه کارکرد تولیت، تأمین خدمات و تأمین مالی بودند.

مسائل مرتبط با احکام سلامت در قوانین برنامه اول تا ششم توسعه^۲

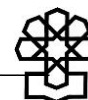
مروری بر مطالعات صورت گرفته درخصوص ارزیابی احکام مرتبط با سلامت در برنامه‌های اول تا ششم توسعه، نشان داد که در طی سال‌های مربوط علی‌رغم اینکه بر تفصیل و گستردگی احکام مرتبط با سلامت افزوده شده لکن از میزان اجرایی شدن برنامه‌ها کاسته شده است.

شایان ذکر است که هر برنامه حائز **نقاط ضعفی** بوده که برخی موارد در برنامه‌ها مشترک است. به برخی از آنها

به‌شرح زیر اشاره می‌شود:

- عدم دستیابی به نتایج مورد انتظار در پایان برنامه‌ها،
- فقدان توجه به روندهای بین‌المللی و موضوعات ارتقای سلامت در برنامه‌ها،
- فقدان حد مطلوب جامعیت در سیاستگذاری،
- تکرار همان متن در برنامه بعدی،
- ابهام در مورد نقش دولت در تأمین سلامت،

۱. تولیت، مدیریت منابع انسانی، مدیریت دانش و اطلاعات، مدیریت تجهیزات و داروها، تأمین خدمات، تأمین مالی.
 ۲. مرور مطالعات در این گزارش به‌صورت مرور هدفمند انجام شد. صرفاً مطالعاتی که درخصوص بخش سلامت طراحی و انجام شده‌اند وارد مرور شدند. دامنه زبانی و زمانی مرور شامل مطالعات منتشر شده به زبان انگلیسی و فارسی، تا پایان آبان‌ماه ۱۴۰۰ بود. فرم گردآوری داده‌ها، شامل اطلاعاتی نظیر سال چاپ، نویسنده، نوع و روش مطالعه و یافته‌های کلیدی و مرتبط به موضوع گزارش حاضر بوده که به تأیید خبرگان حاضر در پژوهش رسید. جستجو براساس کلیدواژه‌های تعیین شده شامل برنامه توسعه، سیاست، ایران، سلامت، بهداشت و درمان و معادل انگلیسی آنها: "Healthcare" AND "Heath", "Iran", "Policy", "Development Plan" در پایگاه داده‌های (SID, magiran,) و پایگاه مجلات مرتبط طبق معیارهای ورود به گردآوری صورت گرفت. و برای تحلیل داده‌ها از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی استفاده شده است. در این بررسی، ۵۷ مطالعه به‌دست آمد که پس از حذف ۱۵ مطالعه نامرتب و ۱۳ مطالعه تکراری، عنوان و چکیده مطالعات باقی‌مانده بررسی و پس از حذف ۶ مطالعه نامرتب، درنهایت ۲۰ مطالعه (پیوست ۲) برای تحلیل نهایی انتخاب شدند.



- قوانین مقطعی و مبتنی بر اقتضانات یک دوره خاص،
 - تنظیم قوانین در راستای سلیقه سیاستگذاران،
 - فقدان قابلیت پیگیری و اجرای بسیاری از سیاست‌های کلی برنامه از منظر ظرف زمانی،
 - نامشخص بودن متولی در برخی احکام،
 - فقدان تحلیل‌های آماری و گزارش‌های مدون سالیانه از میزان تحقق اهداف برنامه،
 - فقدان دستیابی به تغییر معنادار در جهت بهبود عدالت در دسترسی مالی،
 - موفق نبودن در ارائه استراتژی‌های پایدار برای کاهش نابرابری در هزینه‌ها
 - جایگزینی سیاستگذاری کوتاه‌مدت به جای برنامه‌ریزی بلندمدت،
 - تغییرات برنامه‌های سلامت با روی کار آمدن هر دولت و مسلط شدن گرایش سیاسی آن،
 - تأثیر انگیزه‌های سیاسی بر قوانین و موضوعات آنها.
- نتایج برخی مطالعات انجام شده در خصوص ارزیابی برنامه‌های توسعه نشان می‌دهد که تعدادی از موضوعات اصلی در برنامه‌های توسعه‌ای کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. از جمله این موارد:
- در اولویت قرار گرفتن سیاست‌های محافظت‌کننده از گروه‌های آسیب‌پذیر،
 - تأکید بر مسئولیت بیمه‌های درمان در خرید خدمات،
 - یکسان شدن تعرفه حق فنی خدمات سلامت در بخش‌های دولتی و غیردولتی،
 - مدیریت منابع از طریق نظام‌های بیمه‌ای،
 - عدم حضور ذی‌نفعان بخش خصوصی در جایگاه حاکمیتی،
 - تقویت و اصلاح ساختار فعلی شبکه بهداشت کشور با توجه به نیازهای در حال تکامل جامعه و تغییرات جمعیتی.
- در مطالعات صورت گرفته به برخی چالش‌ها و راهکارهای مرتبط با برنامه‌های توسعه اشاره شده است که به شرح جدول زیر ارائه می‌شود:

جدول ۳. چالش‌ها و راهکارهای مرتبط با سلامت در برنامه‌های توسعه^۱

محور اصلی	محور فرعی چالش‌ها	راهکارهای مربوط به هر محور اصلی چالش‌ها
چالش‌های مربوط به رویکرد تدوین برنامه	<ul style="list-style-type: none"> - فقدان توجه به روندهای بین‌المللی و موضوعات ارتقای سلامت در برنامه‌ها - انطباق ناقص برنامه‌ها با اصول و مفاهیم توسعه و توسعه‌یافتگی - تداوم بی‌ثباتی و استمرار سیاست‌های ناهماهنگ سلامت در هر دولت - تنظیم قوانین بصورت مقطعی و مبتنی بر نیاز و اقتضانات یک دوره خاص - فقدان حد مطلوب جامعیت سیاستگذاری در برنامه‌ها - فقدان توجه شایسته به آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در برنامه‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> - انجام اصلاحات اساسی ساختاری در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و اقتصادی - حرکت به سوی برنامه‌های مختلط (دستوری-ارشادی) - در اولویت قرار گرفتن سیاست‌های محافظت‌کننده از گروه‌های آسیب‌پذیر - هدفگذاری و برنامه‌ریزی منسجم در راستای پیشبرد اهداف بهداشتی در سه رده پیشگیری، درمان و بازتوانی
چالش‌های مربوط به سیاستگذاران و مسئولان اجرا	<ul style="list-style-type: none"> - ابهام در مورد نقش دولت در تأمین سلامت - مسلط شدن گرایش سیاسی بر برنامه‌های سلامت - نگرش متفاوت سیاستگذاران به مراقبت سلامت اولیه - تعهد پایین مسئولان به قوانین برنامه 	<ul style="list-style-type: none"> - کفایت حمایت سیاسی - ایجاد درک واحد بین ذی‌نفعان در سطوح مختلف - سیاستگذاری و اجرا

محور اصلی	محور فرعی چالش‌ها	راهکارهای مربوط به هر محور اصلی چالش‌ها
چالش‌های اجرای و تحقق برنامه	<ul style="list-style-type: none"> - فقدان بهبود شاخص‌های سلامت به‌رغم رشد کمی اعتبارات بودجه‌ای - متوقف ماندن برخی بندهای قانونی در مرحله اول تدوین مستندات - اجرای ناقص استراتژی اولویت بهداشت بر درمان - تحقق ناقص اهداف کیفی برنامه‌های اول و دوم - ناتوانی برنامه‌های توسعه در تغییر معنی‌دار بهبود عدالت در دسترسی مالی 	<ul style="list-style-type: none"> - تعریف شاخص‌های مناسب در ارزیابی میزان تحقق برنامه - پیش‌بینی سازوکارهای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز ارزیابی
چالش‌های محتوایی و تدوین برنامه	<ul style="list-style-type: none"> - نوسان عناصر مندرج در هر قانون برنامه - تکرار عیناً قوانین در برنامه‌های مختلف - فقدان قابلیت پیگیری و اجرا از منظر ظرف زمانی - فقدان متولی مشخص در موضوعات بین‌بخشی - مشخص نبودن نحوه تأمین مالی احکام - فقدان روش اجرا مشخص برای برنامه‌ها - فقدان الزام اجرا در متن احکام 	<ul style="list-style-type: none"> - اجرای صحیح اصول برنامه‌ریزی - انطباق طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت - وجود برنامه‌های متکی بر داده‌ها و برآوردهای منطقی و واقع‌بینانه

علاوه بر مطالب فوق‌الذکر، ارزیابی برنامه ششم توسعه به‌عنوان قانون برنامه توسعه مجری در کشور، در حوزه سلامت از حیث شاخص‌های اولویت‌دار در اجرای قوانین برنامه توسعه^۱ نشان می‌دهد که در این قانون علی‌رغم اینکه سیاستگذار تلاش کرده است ضمن پرداختن به موضوعات اساسی حوزه سلامت، یکپارچگی احکام و ضمانت در اجرای آن را در نظر گیرد، اما این قانون در حوزه سلامت با نقاط ضعفی مانند نبود ارتباط موثر بین‌بخشی با سایر دستگاه‌ها، در نظر نگرفتن مکانیسم تأمین مالی برخی احکام، غیرواقع‌بینانه و غیرقابل اجرا بودن (در مدت سال‌های اجرای قانون)، عدم شفافیت در متن حکم، در نظر نداشتن شاخص‌های کمی در متن برنامه، عدم به‌کارگیری راه‌کارهای قانون‌گریزی در متن احکام جهت افزایش ضمانت اجرایی آن، چندمتولی بودن برخی احکام، در نظر نداشتن برخی زیرساخت‌های لازم جهت پیاده‌سازی احکام، عدم اولویت‌بندی لازم برای گروه‌های هدف و یا بعضاً ایرادهای نگارشی در برخی احکام حوزه سلامت روبه‌روست.^۲

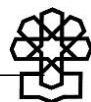
همچنین با توجه به بررسی‌های صورت گرفته و مذاکره با برخی مدیران، مسئولان و سیاستگذاران حوزه سلامت^۳ به‌نظر می‌رسد این برنامه با چالش‌هایی همراه بوده که می‌تواند اصلاح و برطرف شود:

* با وجود اینکه یکی از ملزومات اساسی در ابتدای حرکت به سمت توسعه، تعریف مفهوم یا ارائه الگوی مشترکی از توسعه و اتفاق نظر صاحب‌نظران در خصوص آن است، اما علی‌رغم اهمیت آن، تاکنون در برنامه‌های توسعه کشور به‌طور

۱. به‌منظور بررسی محتوایی احکام قانون برنامه ششم توسعه، ضمن بررسی متون مرتبط و انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با خبرگان در مرحله نخست، تعداد ۲۱ شاخص استخراج و در نهایت تعداد ۱۰ شاخص اولویت‌دار محتوایی در راستای ارزیابی برنامه انتخاب شد. برای این منظور از روش رأی‌گیری متعدد که یک روش جهت اولویت‌بندی است استفاده شد. بدین ترتیب با نظر خبرگان این بررسی و در نظر گرفتن هدف پژوهش، به‌منظور شناسایی و اولویت‌بندی از مشارکت‌کنندگان خواسته شد نظرات خود را در زمینه شاخص‌های ارائه شده با استفاده از طیف لیکرت (۱ تا ۵) مشخص نمایند.

۲. یافته‌های این بررسی به‌شرح پیوست ۴ در گزارش ارائه شده است.

۳. جامعه پژوهش در این مرحله شامل مدیران، مسئولان و سیاستگذاران حوزه سلامت بودند. در این مرحله به‌منظور دریافت نظرات از مطلعان کلیدی از روش نمونه‌گیری هدفمند از نوع نمونه‌گیری از موارد شاخص استفاده شد. تعداد مشارکت‌کنندگان در این مرحله تا به اشباع رسیدن داده‌ها ادامه یافت. معیارهای اصلی ورود افراد مطلع به مطالعه، تجربه و تخصص در حوزه مورد بررسی و رضایت از شرکت در مطالعه است. سایر معیارهای ورود جهت انتخاب افراد مطلع شامل دارا بودن حداقل پنج سال سابقه کاری، دارا بودن سوابق پژوهشی حوزه مدیریت نظام سلامت، دارا بودن تحصیلات حداقل لیسانس بودند. در نهایت تعداد ۲۰ نفر به‌عنوان نمونه پژوهش در این گام برای مصاحبه انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون براون و کلارک استفاده شد. کدگذاری و تحلیل داده‌ها به‌صورت همزمان و از آغاز اولین مصاحبه انجام شد. در این بخش از نرم‌افزار تحلیل یافته‌های کیفی MAX-QDA 10 استفاده شد.



جدی این موضوع مورد توجه قرار نگرفته و در هیچ یک از برنامه‌های پنج‌ساله تعریف روشنی از مفاهیم «توسعه» و «برنامه‌ریزی توسعه»، ابعاد و ویژگی‌های آنها ارائه نشده است. برای مثال در دهه اخیر مفهوم برنامه‌ریزی را به مثابه تخصیص بودجه پنج‌ساله و رقابت بخش‌ها برای اخذ منابع بیشتر در نظر گرفته‌اند که پیرو این امر، از یک سو برنامه به‌صورت انبوهی از ارقام و اعداد درآمده و از سوی دیگر حفظ سازگاری بین اجزا و انبوه اطلاعات، بسیار دشوار و حتی غیرممکن بوده است.

* علی‌رغم اینکه در قدم اول باید خطوط کلی و خط‌مشی‌های اساسی برنامه مشخص و سپس احکام برنامه در راستای تحقق آنها تدوین گردد، اما تدوین سیاست‌های کلی در مجمع تشخیص مصلحت نظام و محتوای برنامه در دولت، همزمان با هم پیش‌رفته و فرصت مناسب برای اطلاع از محتوای برنامه و تطبیق آن با سیاست‌های کلی وجود ندارد که این امر نتیجه‌ای جز عدم همسویی احکام برنامه با سیاست‌های کلی نخواهد داشت.

* علی‌رغم وظایف نظارتی نهادهای مختلف، سازوکار نظارتی دائمی برای نظارت معنادار و توسعه‌ای و اعمال اصلاحات وجود ندارد. طبق قانون اساسی، مهم‌ترین نهاد ناظر بر عملکرد دولت، مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور به‌عنوان بازوی مجلس در زمینه حسابرسی مالی دقیق عملکرد دولت، است. اما تجربه نشان داده است که اغلب گزارش‌های تفریح بودجه درخصوص عملکرد سالیانه برنامه‌های دولت کمتر مورد توجه نمایندگان قرار گرفته است. این درحالی است که سازوکارهای نظارت درون دستگاه‌های اجرایی دولت نیز به‌دلایل متعدد غیرفعال بوده و یا در سطح شناسایی چالش‌ها باقی‌مانده و سایر فرایندهای منتهی به رفع مشکل صورت نمی‌گیرد. در بسیاری موارد یا فعال نمی‌شوند و یا در حد شناسایی مشکلات باقی می‌مانند و به مواجده، برخورد با مشکلات و رفع آنها منتهی نمی‌شوند.

* عموماً برخی تغییرات صورت گرفته در زمان بررسی لوایح برنامه‌های توسعه توسط سیاست‌گذاران اعم از ملاحظات منطقه‌ای و یا ملی، سبب برهم خوردن تعادل مالی و محاسبات انجام‌گرفته در زمان تدوین احکام برنامه شده و عملاً اجرایی شدن احکام را با مشکل مواجه می‌کند.

* برخی برنامه‌های توسعه از جمله برنامه ششم توسعه با اهداف و اولویت‌های چندگانه مواجه است. این درحالی است که عموماً اهداف زیاد در برنامه‌های میان‌مدت، عملاً منجر به کاهش ضمانت اجرایی احکام مندرج در قوانین برنامه خواهد شد.

* برخی احکام از انسجام لازم برخوردار نیست و در آن، تناقض‌ها، نارسایی‌ها و کاستی‌های کوچک و بزرگ وجود دارد. در برخی احکام لفظ «دولت مجاز است» استفاده شده است؛ بدین معنا که دولت مکلف نیست. یعنی در زمینه‌هایی که خود دولتمردان تصریح می‌کنند که در جستجوی مجوز هستند، به اعتبار این مجوزها حاضر به پذیرفتن مسئولیت نیستند. از این گذشته بسیاری از مسائل حیاتی را به تشخیص اشخاص، مثلاً وزیر منوط کرده است. این مسئله اساساً با فلسفه برنامه‌ریزی توسعه که می‌گوید برای توسعه یافتن باید مناسبات را غیرقائم به شخص و ضابطه‌محور کرد تا امور پیش‌بینی‌پذیر شوند، مغایرت دارد.

سایر چالش‌های موجود در احکام حوزه سلامت در برنامه ششم توسعه:

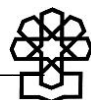
- فقدان ضمانت اجرایی قوانین،
- نپرداختن قوانین برنامه به مسائل ریشه‌ای نظام سلامت،
- نادیده گرفتن تولیت وزارت بهداشت برای بخش خصوصی،
- فقدان استفاده از تجربیات برنامه‌های گذشته،
- نادیده گرفتن پیوست مالی در تدوین برنامه‌ها،
- مشخص نبودن اولویت‌های هر استان و منطقه جغرافیایی،
- فقدان پیروی از چارچوب و سلسله‌مراتب برنامه‌ریزی جهت تعیین قوانین،
- فقدان پیروی از اصول برنامه‌نویسی،
- همراستا نبودن برنامه‌ها،
- مشخص نبودن وضعیت برنامه‌های بین‌بخشی،
- فقدان ثبات مدیریتی،
- مشارکت نامنظم ذی‌نفعان،
- عدم تناسب اختیارات واحدهای اجرایی براساس مقتضیات و دارایی‌ها،
- فقدان زیرساخت مناسب،
- چالش‌های فرایند قانونگذاری،
- تضاد ساختاری قوانین برنامه.

در این بررسی، با در نظر داشتن نقاط قوت و ضعف برنامه‌های اول تا ششم توسعه، برخی برخی راهکارها و سیاست‌های پیشنهادی از جمله اجرای صحیح اصول برنامه‌ریزی منسجم و هدفگذاری در راستای اهداف بهداشتی در سه رده پیشگیری، درمان و بازتوانی، تعریف شاخص‌های مناسب در ارزیابی میزان تحقق برنامه، پیش‌بینی سازوکارهای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز ارزیابی برنامه، حمایت سیاسی کافی، ایجاد درک واحد بین ذی‌نفعان در سطوح مختلف سیاستگذاری و اجرا، انطباق طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت، برنامه‌های متکی بر داده‌ها و برآوردهای منطقی و واقع‌بینانه و همچنین حرکت به سوی برنامه‌های مختلط (دستوری-ارشادی) و انجام اصلاحات اساسی ساختاری در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و اقتصادی جهت پیشبرد برنامه‌های توسعه ارائه شده است.

از سوی دیگر در این مطالعات، در اولویت قرار گرفتن سیاست‌های محافظت‌کننده از گروه‌های آسیب‌پذیر، تأکید بر مسئولیت بیمه‌های درمان در خرید خدمات، یکسان شدن تعرفه حق فنی خدمات سلامت در بخش‌های دولتی و غیردولتی، مدیریت منابع از طریق نظام بیمه‌ای، عدم حضور ذی‌نفعان بخش خصوصی در جایگاه حاکمیتی، تقویت و اصلاح ساختار فعلی شبکه بهداشت کشور با توجه به نیازهای در حال تکامل جامعه و تغییرات جمعیتی را به‌عنوان مهم‌ترین سیاست‌های پیشنهادی برای برنامه‌های توسعه آتی معرفی کرده‌اند.

نظر به بررسی صورت گرفته، برخی راهکارهای پیشنهادی متناظر با چالش‌های مطرح شده به‌شرح جدول زیر

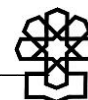
ارائه شده است:



جدول ۴. چالش‌ها و ایرادها و راهکارهای پیشنهادی بخش سلامت در برنامه ششم

محور اصلی	چالش‌ها	راهکارها
دیده‌بانی برنامه‌ها	<ul style="list-style-type: none"> - موازی‌کاری و ناکارا بودن گروه‌های نظارتی - ضعف نظام دیده‌بانی شاخص‌ها - محدود شدن مفهوم نظارت به بازرسی خارجی 	<ul style="list-style-type: none"> - شفافیت دبیرخانه مسئول برنامه‌ریزی و پایش - مشخص نمودن زمان، متولی و شاخص برای برنامه‌ها - هماهنگ‌سازی ارزیابی درونی و بیرونی - تدوین سازوکار مدون زنجیره ارزشیابی (ارزیابی درونی، پایش، ارزیابی، ارزشیابی و بازخور)
پایش اجرای برنامه	<ul style="list-style-type: none"> - فقدان ارائه گزارش‌های منظم و شفاف - سالیانه یا شش‌ماهه 	<ul style="list-style-type: none"> - لزوم مشخص نمودن اهداف عینی و نهایی احکام - الزام تدوین شاخص‌ها برای احکام برنامه - فراهم نمودن بستر ارزیابی درونی و اولویت ارزیابی درونی به ارزیابی بیرونی
ضمانت اجرایی	فقدان ضمانت اجرایی قوانین	<ul style="list-style-type: none"> - تدوین سازوکار الزام مسئولان و مدیران به اجرای قانون برنامه - شفافیت حکم و تدوین شاخص ارزیابی - تدوین سازوکار نظارت حین اجرای برنامه از سوی نهاد قانونگذار در کنار نهاد ناظر
ضعف هماهنگی سیاستگذاران و دستگاه اجرایی	<ul style="list-style-type: none"> - فقدان زبان مشترک سیاستگذاران و دستگاه‌های اجرایی - حرکت خلاف جهت سیاست‌های کلی - یکسان نبودن خواست نهادهای سیاستگذار، قانونگذار، مجری و ناظر - جزیره‌ای عمل نمودن نهادهای سیاستگذار، قانونگذار، مجری و ناظر - فقدان پاسخگویی و نارضایتی نهادهای برنامه‌ریز، مجری و ناظر 	<ul style="list-style-type: none"> - تعریف واژگان و مفاهیم سیاستی (واژگان استفاده شده در متن احکام) - تدوین راهنمای سیاست - سازوکار هماهنگی دغدغه‌های سیاستگذاران و دستگاه‌های اجرایی - یکپارچه نمودن سیاست‌ها و استراتژی‌ها در اسناد بالادستی - شفافیت و تعریف سیاست‌ها و اولویت‌های انتخابی حوزه سلامت برای دستگاه‌های اجرایی - کفایت و تخصصی نمودن جلسات بین بخشی تدوین برنامه
نپرداختن به مسائل ریشه‌ای نظام سلامت	نپرداختن مواد برنامه به مسائل ریشه‌ای نظام سلامت	<ul style="list-style-type: none"> - جلوگیری از تأثیر سیاست بر پرداختن به اولویت‌ها (نادیده گرفتن موضوعات اساسی مثل بهداشت به دلیل زمانبر بودن ذاتی) - مشخص نمودن دامنه تأثیرگذاری احکام - مشخص نمودن تأثیر نهایی احکام - شفافیت در اهداف احکام
تعدد احکام و موضوعات	<ul style="list-style-type: none"> - حجم زیاد و تعدد قوانین حوزه سلامت - تعدد موضوعات و احکام اما بعضاً به صورت سطحی (فقدان توجه به محدودیت منابع و لزوم اولویت‌بندی موضوعات) 	<ul style="list-style-type: none"> - عدم تعریف قوانین جدید در صورت کفایت احکام - مشخص نمودن شعار یا یک عنوان کلی برای هر برنامه به جای تعدد احکام
نادیده گرفتن تولیت بخش خصوصی	نادیده گرفتن تولیت وزارت بهداشت برای بخش خصوصی	<ul style="list-style-type: none"> - تعیین جایگاه بخش خصوصی در نظام سلامت - کاهش تصدیگری دولت
ابدئال‌گرایی در تدوین برنامه	رویایی بودن تعیین اهداف و ایدئال‌گرایی در تدوین برنامه‌ها	<ul style="list-style-type: none"> - فراهم نمودن بسترهای امکان‌سنجی برنامه‌ها در هنگام تدوین - فراهم نمودن زیرساخت‌ها و فاصله سطح احکام از آرزو تا واقعیت قابل دستیابی

راهکارها	چالش‌ها	محور اصلی
راهکارها	فقدان استفاده از تجربیات برنامه‌های گذشته در تدوین برنامه	فقدان تجربه‌نگاری ارزیابی برنامه‌ها
تدوین برنامه مدون تحلیل برنامه‌های قبلی و علت عدم اجرای آنها	نادیده گرفتن پیوست مالی در تدوین برنامه‌ها	محدودیت منابع و فقدان پیوست مالی احکام
متناسب‌سازی برنامه‌ها و اهداف با بودجه	بی‌توجهی به محدودیت منابع مالی در تدوین برنامه‌ها	عدم تطابق برنامه با اقتضانات مناطق
توجه به مشارکت‌های مردمی و بخش خصوصی	مشخص نبودن اولویت‌های هر استان و منطقه جغرافیایی	فقدان پیروی از اصول برنامه‌ریزی
توجه به توان مالی ناکافی برخی معاونت‌ها برای برنامه‌ریزی	فقدان پیروی از چارچوب و سلسله‌مراتب برنامه‌ریزی جهت تعیین قوانین (برخی قوانین صرفاً هدف، برخی صرفاً استراتژی و برخی اقدام و عملیات)	فقدان پیروی از اصول برنامه‌ریزی
اجرای‌سازی الگوی آمایش سرزمینی برای حوزه سلامت	فقدان همبستگی اسناد بالادستی، برنامه‌های توسعه و برنامه‌های سالیانه و عملیاتی	فقدان پیروی از اصول برنامه‌نویسی (از نظر زمانی و محتوایی)
توجه به اصول اولویت‌بندی و برنامه‌ریزی در پیروی از سیاست‌های کلی سلامت و اسناد بالادستی	تناسب اجزای برنامه با یکدیگر (فقدان پیروی بودجه از قانون برنامه و نیز قانون برنامه از سیاست‌های کلی و ...)	فقدان همراستایی برنامه‌ها
در نظر گرفتن پل ارتباطی اجزا و اصول برنامه‌ریزی، چشم‌انداز، بیانیه، سیاست، قانون و بودجه	استفاده از تجربیات جهانی در ساختار کلی برنامه‌ها	چالش برنامه‌های بین‌بخشی
در نظر گرفتن حلقه ارتباط سیاست‌های کلی و قانون برنامه (دستورالعمل اجرایی سیاست)	توجه به سیاست‌ها و حرکت در جهت سیاست‌ها	فقدان ثبات مدیریتی
تناسب اجزای برنامه با یکدیگر (فقدان پیروی بودجه از قانون برنامه و نیز قانون برنامه از سیاست‌های کلی و ...)	تدوین برنامه‌های عملیاتی بلافاصله بعد از تصویب برنامه	مشارکت ذی‌نفعان
استفاده از تجربیات جهانی در ساختار کلی برنامه‌ها	فقدان به‌هم‌پیوستگی برنامه و گاه برنامه‌های متناقض	فقدان اختیارات دستگاه اجرایی
توجه به سیاست‌ها و حرکت در جهت سیاست‌ها	تدوین سازوکار همخوانی فرایند و استاندارد مشخص برای برنامه‌ریزی با ابلاغ‌های قبلی	فقدان زیرساخت اجرا
تدوین برنامه‌های عملیاتی بلافاصله بعد از تصویب برنامه	فراهم نمودن بسترهای همبستگی بین‌بخشی	فرایند قانونگذاری
فقدان به‌هم‌پیوستگی برنامه و گاه برنامه‌های متناقض	تدوین سازوکار حمایت مدیران خارج از بخش سلامت	
تدوین سازوکار همخوانی فرایند و استاندارد مشخص برای برنامه‌ریزی با ابلاغ‌های قبلی	تدوین سازوکار جلوگیری از تغییر میزان حمایت سیاسی از برنامه‌ها پس از جابه‌جایی مدیران	
فقدان به‌هم‌پیوستگی برنامه و گاه برنامه‌های متناقض	تدوین سازوکار جلوگیری از تغییر برنامه‌ها با جابه‌جایی مدیران	
تدوین سازوکار مشارکت مدیران ارشد دستگاه‌های اجرایی در تدوین برنامه به‌منظور افزایش تعهد اجرا	مشارکت نامنظم ذی‌نفعان	
شفافیت تقدم و تأخر برنامه‌ها	عدم تناسب اختیارات واحدهای اجرایی	
در نظر گرفتن برخی امور جاری دستگاه‌ها در قوانین مثل طرح تحول	براساس مقتضیات و دارایی‌ها	
برنامه‌ریزی تعدیل چالش‌های ساختاری نظام سلامت در اجرای کردن برنامه‌های توسعه	میزان بالای تنش و عوامل اصطحکاک‌دهنده برای دستگاه‌های اجرایی	
توجه به هدف اصلی تدوین برنامه و جلوگیری از غرق شدن در فرایند تدوین	فقدان زیرساخت مناسب	
سازوکار تعدیل فرایند طولانی و فرسایشی تدوین برنامه	بی‌توجهی به زیرساخت‌ها و پیش‌نیازها	
تدوین برنامه زمانبندی تدوین، اجرا و نظارت برنامه توسعه	چالش‌های فرایند قانونگذاری	
	دشواری تصویب قوانین (ترجیح دستگاه‌ها به تصویب قوانین در برنامه بودجه و برنامه توسعه)	



محرور اصلی	چالش‌ها	راهکارها
تضاد ساختاری قوانین برنامه	تضاد ساختاری قوانین برنامه	<ul style="list-style-type: none"> - یکسان نمودن وزن احکام یا شفافیت اولویت احکام - اولویت‌بندی گروه هدف احکام - جلوگیری از موقوف نمودن اجرای یک حکم به انجام یک حکم و یا موضوع دیگر - در نظر گرفتن تفاوت قانون برنامه توسعه با قانون اساسی در تدوین احکام - توجه به مسئله طولانی بودن متن قوانین و پرداختن به بدیهیات - رعایت نمودن بار کلمات - همگام‌سازی احکام با پیچیدگی مسائل و تحولات جهانی - پیش‌بینی سناریوها و احتمالات پیش‌روی برنامه‌ها
فقدان پیوستگی احکام	<ul style="list-style-type: none"> - فقدان پیوستگی احکام در راستای تأمین اهداف و سیاست‌ها - جزیره‌ای و نقطه‌ای بودن احکام برنامه 	<ul style="list-style-type: none"> - در نظر گرفتن ادامه مسیر برای احکام در راستای چشم‌انداز و سیاست‌های کلی
فقدان همبستگی برنامه بودجه با برنامه‌های توسعه	فقدان همبستگی برنامه بودجه با برنامه‌های توسعه	<ul style="list-style-type: none"> - تضاد منافع مدیران و کارشناسان - غلبه تعارض منافع در تدوین برنامه بودجه سالیانه - تدوین سازوکار نظارت بر همبستگی برنامه‌ها

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

این گزارش با هدف بررسی احکام مرتبط با سلامت در قوانین برنامه اول تا ششم توسعه انجام شد. تحلیل احکام مذکور نشان داد که موضوعاتی همچون پوشش همگانی، ارائه خدمات یکپارچه، سلامت الکترونیک، ارائه خدمات به اقشار و حق بیمه از جمله موضوعاتی بودند که در ۶ برنامه توسعه به آنها پرداخته و تصویب شده است. البته در این بین، برخی احکام با کمترین تغییرات در قانون برنامه بعدی تکرار شده‌اند. اگرچه این موضوع ضمن اینکه می‌تواند حاکی از توجه سیاستگذاران و دولتمردان بوده باشد، به عدم تحقق احکام در برنامه‌های پیشین نیز بازمی‌گردد.

بررسی برنامه‌های مذکور با کسب نظرات کارشناسی از دستگاه‌های اجرای احکام و همچنین خبرگان حوزه نشان داد که چالش عمده در تصویب برنامه‌های توسعه مرتبط به فرایند قانونگذاری است. درحقیقت برنامه باید وسیله دستیابی به هدف باشد نه اینکه خود هدف شود. فرایند طولانی و فرسایشی برنامه‌ریزی موجب کندی مسیر در دستیابی به هدف شده است.

درحقیقت برنامه‌های توسعه حد واسط چشم‌انداز، بیانیه گام دوم، سیاست‌های کلی و راهنمای اجرای سیاست به‌عنوان اسناد بالادستی و دستورالعمل‌های اجرایی، برنامه‌های عملیاتی و برنامه بودجه هستند. لذا هرگونه خلل زمانی، محتوایی و اجرایی که توالی و همبستگی این عناصر را برهم زند، جایز نیست. پایبندی به اصول می‌تواند زمینه رسیدن به اهداف نهایی مد نظر سیاستگذاران را فراهم نماید. بعد دیگری که در این گزارش به آن اشاره شد، برخی نقاط ضعف موجود در احکام است. از جمله مهم‌ترین این موارد می‌توان به فقدان اولویت‌بندی گروه هدف و در نظر نگرفتن سازوکار اجرایی احکام، فقدان زمان، متولی مشخص و منابع مالی احکام و ایرادهای نگارشی و فقدان توجه به

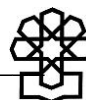
بار کلمات اشاره کرد. در حقیقت باید توجه داشته باشیم که قوانین باید مشکلی را حل کنند نه اینکه خودشان مشکل آفرین شوند. بنابراین توجه به این نکته در تدوین برنامه هفتم توسعه بسیار حائز اهمیت است.

هماهنگی و هم‌افزایی نهادهای سیاستگذار، قانونگذار، مجری و ناظر نکته مورد اهمیت دیگری است که لازم است در تدوین برنامه‌های توسعه مورد تأکید قرار گیرد. این هماهنگی می‌تواند در اهداف و خواسته این نهادها تعریف شود یا اینکه در درک مفاهیم و زبان مشترک، در اجرا و حمایت از اجرا تعریف و یا در بحث نظارت مطرح گردد. در هر حال تمامی این نهادها بناست به یک هدف واحد یعنی برخورداری آحاد جامعه از حق سلامت دست یابند.

در خصوص نظارت بر اجرای قوانین نیز باید اشاره داشت که طبق قانون اساسی، مهم‌ترین نهاد ناظر بر عملکرد دولت، مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور به‌عنوان بازوی مجلس در زمینه حسابرسی مالی دقیق عملکرد دولت است. اما تجربه نشان داده است که اغلب گزارش‌های تفریح بودجه در خصوص عملکرد سالیانه برنامه‌های دولت کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این درحالی است که سازوکارهای نظارت درون دستگاه‌های اجرایی دولت نیز به‌دلایل متعدد غیرفعال بوده و یا در سطح شناسایی چالش‌ها باقی‌مانده و سایر فرایندهای منتهی به رفع مشکل در بسیاری موارد یا فعال نمی‌شوند و یا در حد شناسایی مشکلات باقی می‌مانند و به‌مواخذه، برخورد با مشکلات و رفع آنها منتهی نمی‌گردند. بر این اساس لازم است نظارت معنادار و توسعه‌ای بر اجرای قوانین وجود داشته باشد. درحال حاضر نظارت صرفاً به ارزیابی بیرونی و گذشته‌نگر از سوی دیوان محاسبات و سازمان برنامه و بودجه محدود شده است. درحالی که زنجیره ارزشیابی دارای سازوکار مدون و مشخصی است. این زنجیره شامل ارزیابی درونی، نظارت مرحله‌ای (نقطه‌ای)، ارزیابی حین اجرا (در بازه‌های زمانی مشخص)، ارزشیابی (نظارت نهایی) و ارائه بازخورد در تمامی مراحل به واحدهای اجرایی است. به‌علاوه شفافیت دبیرخانه برنامه‌ریزی و پایش سازمان برنامه و بودجه، مشخص نمودن زمان، متولی و شاخص برای برنامه‌ها، هماهنگ‌سازی ارزیابی درونی و بیرونی از جمله راهکارهای مؤثر خواهد بود.

نکته دیگر این است که در حوزه تولید نظام سلامت، احکام بخش سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه صرفاً محدود به بخش دولتی شده‌اند. درحالی که دولت در قوانین بین‌بخشی تأکید بر کاهش تصدیگری دولت و افزایش ارائه خدمات از طریق بخش خصوصی دارد؛ اما در عمل آنچه که در تدوین قوانین اتفاق می‌افتد این است که گویی بخش خصوصی به‌عنوان یک دولت جداگانه درحال حکمرانی و فعالیت است. براین اساس، از آنجایی که دولت قوانینی در خصوص حمایت، سازوکار اجرا و نظارت بر بخش خصوصی ندارد؛ نمی‌تواند نظارت و جوابگویی مؤثری را از این مؤسسات مطالبه کند. همین موضوع موجب چالش‌های فراوانی برای دستگاه‌ها و به‌تبع کارکردهای نظام سلامت شده و در برخی موارد عملکرد آنها را نیز زیر سؤال می‌برد.

ایدئال‌گرایی در تدوین برنامه نیز یکی دیگر از نقاط ضعف برنامه‌های اول تا ششم توسعه است. این موضوع هم مورد تأکید خبرگان بود و هم براساس مرور مطالعات استخراج گردید. این درحالی است که به‌نظر می‌رسد امکان‌سنجی اجرای احکام در هنگام تدوین برنامه‌ها و حمایت نهادهای مرتبط در ایجاد زیرساخت‌های لازم می‌تواند مانع بروز احکام آیدئال‌گرایانه در احکام مرتبط با سلامت گردد. در حقیقت پیچیدگی و گستردگی مفهوم سلامت در دنیای امروز موجب شده است که این موضوع یکی از دغدغه‌های اصلی سیاستگذاران و دولتمردان باشد. اما نکته



قابل توجه این است که محدودیت منابع و نیز وابسته بودن برخی موضوعات به برخی پیش‌نیازها، الزام اولویت‌بندی احکام را دوچندان می‌کند.

براساس بررسی‌های صورت گرفته یکی از مشکلات برنامه‌های توسعه، تعدد قوانین حوزه سلامت است. این موضوع موجب مشکلات بسیاری برای دستگاه اجرایی و دستگاه‌های ناظر می‌شود. باید در نظر داشت که محدودیت منابع انسانی، مادی و زمانی اجازه رفع کلیه مشکلات حوزه سلامت را در مدت ۵ سال اجرای برنامه نخواهد داد. بنابراین توصیه بر این است که سیاستگذاران تا حد امکان از تعریف قوانین جدید جلوگیری کرده و با مشخص کردن شعار و یا عنوان کلی برای هر برنامه به جای تعدد احکام اقدام کنند.

نکته مهم دیگر در خصوص ضمانت اجرای احکام در قوانین برنامه توسعه است. اساساً برای اطمینان از اجرای هر قاعده حقوقی، تدابیری نیاز است که براساس آن، عکس‌العمل متناسب با آن در مورد تخلف از اجرای قواعد مزبور در نظر گرفته شود. بنابراین تدوین سازوکار الزام مسئولان و مدیران به اجرای قانون برنامه، شفافیت حکم و تدوین شاخص ارزیابی، تدوین سازوکار نظارت حین اجرای برنامه از سوی نهاد قانونگذار در کنار نهاد ناظر در این خصوص پیشنهاد می‌شود.

در مجموع باید گفت برخورداری و بهره‌مندی از محیط‌زیست و زندگی سالم، حقی است همگانی که در قانون اساسی و اسناد بین‌المللی به آن اشاره ویژه شده است. همچنین تغییر رویکرد دولت‌ها در ارتباط با وضعیت نظام سلامت هر کشور می‌تواند به‌نحو قابل توجهی بر وضعیت استیفای حق بر سلامت عمومی شهروندان مؤثر باشد. لذا مطالعه حاضر با بررسی احکام مرتبط با سلامت در قوانین برنامه اول تا ششم توسعه، نشان داد که مشکلات ساختاری احکام سلامت در برنامه‌های توسعه، رویایی و ایدئال‌گرایی بودن برخی احکام، در نظر نگرفتن شاخص‌های کمی و کیفی در یک برنامه ۵ ساله، فراهم نبودن زیرساخت‌های لازم جهت اجرای احکام، نبود ارتباط منسجم بین‌بخشی در دستگاه‌های مجری احکام در موارد چند متولی، نبود اولویت‌بندی گروه‌های هدف در برخی احکام و ... از جمله چالش‌های قوانین برنامه‌ای است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود ضمن در نظر داشتن دلایل اجرایی نشدن قوانین برنامه در حوزه سلامت و همچنین اعتبارات سالیانه دولت در اجرای قوانین برنامه‌ای نهایت دقت از سوی سیاستگذاران در تدوین برنامه هفتم توسعه به‌ویژه در احکام مرتبط با سلامت صورت گیرد. همچنین انجام پایش اقدامات و فعالیت‌ها در سطوح مختلف، بازبینی و اصلاح برخی تصمیمات اتخاذ شده در راستای اجرای احکام، تقویت نظام مستندسازی، استقرار مدیریت دانش در برنامه‌های توسعه، قراردادن الزام پاسخگویی واحدها و نهادهای مجری برای گزارش شاخص‌ها و همچنین ایجاد درک واحد بین‌ذی‌نفعان در سطوح مختلف سیاستگذاری و اجرا در اجرای مؤثر قانون برنامه هفتم توصیه می‌گردد.

پیوست‌ها

پیوست ۱. احکام و موضوعات مربوط به حوزه سلامت در قوانین برنامه‌های اول تا ششم توسعه*

موضوعات	برنامه اول	برنامه دوم	برنامه سوم	برنامه چهارم	برنامه پنجم	برنامه ششم
پوشش همگانی	پوشش همگانی (۱)	پوشش همگانی (۱)	پوشش همگانی (۱)	پوشش همگانی (۴)	پوشش همگانی (۴)	پوشش همگانی (۱)
یکپارچه‌سازی ارائه خدمت			یکپارچه‌سازی ارائه خدمت (۱)	نظام خدمات جامع و همگانی سلامت (۴)	نظام خدمات جامع و همگانی سلامت (۱)	یکپارچه‌سازی ارائه خدمت (۲) یکپارچه‌سازی بیمه درمانی (۲)
عدالت	محرومیت‌زدایی (۲)		عدالت در دسترسی (۴) عدالت در تأمین مالی (۱)	عدالت در دسترسی (۴) عدالت در تأمین مالی (۲)	عدالت در دسترسی (۵) عدالت در تأمین مالی (۲)	عدالت اجتماعی و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر (۱)
خدمت‌رسانی به اقشار خاص	بیمه‌درمانی جانبازان (۱)	امور اتباع خارجی (۱) پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و معلولیت‌ها (۱)	بیمه اقشار اتباع خارجی (۱) مصدومین سوانح رانندگی (۱) آسیب‌های اجتماعی تأکید بر اعتیاد (۱) آسیب‌های اجتماعی (اعتیاد، ایدز و بیماری‌های روانی) (۱)	درمان مصدومین ترافیکی (۱)	بیمه اقشار اتباع خارجی (۱) تعرفه‌گذاری خدمات و تعدیل کارانه‌های پرستاری (۱) ایمن‌سازی کودکان (۱) غربالگری اختلالات ژنتیکی (۱) سلامت مادر و کودک (۲) آموزش و مشاوره خانواده (۲)	
سبک زندگی سالم	سبک زندگی سالم (۱)	سبک زندگی سالم (۱) نظارت بر مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی (۱)	امنیت غذایی (۱) خطرات زیست‌محیطی (۱) کاهش تهدیدکننده‌های سلامت (۱) نظارت مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی (۱)	امنیت غذایی (۳) اقدامات، کالاها و داروهای تهدیدکننده سلامت (۲) طب سنتی (۱)	امنیت غذایی و تشخیص مواد تراریخته (۴) عوامل و کالاهای تهدیدکننده سلامت (۲) ادغام خدمات طب سنتی ایرانی - اسلامی (۲)	



موضوعات	برنامه اول	برنامه دوم	برنامه سوم	برنامه چهارم	برنامه پنجم	برنامه ششم
مشارکت بخش غیردولتی			مشارکت بخش غیردولتی (۱)	کاهش تصدیگری دولت (۱) مشارکت‌های مردمی و بسیج (۲)	کاهش تصدیگری دولت (۱)	کاهش تصدیگری دولت (۱)
افزایش درآمد اختصاصی	درآمد اختصاصی (۱)			گردشگری / تجاری‌سازی سلامت (۱)	افزایش درآمد اختصاصی (۱)	صادرات محصولات سلامت (۱)
توسعه شبکه‌های بهداشتی		توسعه شبکه‌های بهداشتی درمانی (۱)		ایجاد و توسعه مراکز بهداشتی درمانی (۱)		
تمرکززدایی			تمرکزگرایی در احداث واحد درمانی (۱)		تمرکز تولید نظام سلامت (۱) تمرکززدایی در نظارت (۱)	
سطح‌بندی و خرید راهبردی			سطح‌بندی خدمات (۱)	سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع (۲) توزیع منابع (۱)	خرید راهبردی (۱)	خرید راهبردی (۲) نظام ارجاع (۱)
حق بیمه و تعرفه				حق بیمه (۱) بازنگری ارزش‌های نسبی و تعیین تعرفه (۱)	حق بیمه و ارزیابی وسع (۱) نظارت بر تعرفه‌ها (۱) بسته خدمات بیمه پایه (۱)	
تأمین و تنظیم دارو	تأمین دارو (۱)		تنظیم بازار دارو (۱)	تنظیم بازار دارو (۱) مدیریت کیفیت دارو (۱)		فهرست دارویی (۱) داروهای فاقد نام تجاری (۱)
سلامت الکترونیک				نظام جامع اطلاعات سلامت (۱)	پرونده الکترونیک سلامت (۲)	یکپارچه‌سازی اطلاعات و سلامت الکترونیک (۴)
تغییر ساختاری / ایجاد سازمان				استقرار سازمانی نظام جامع تأمین اجتماعی (۱)	تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران (۱) ادغام شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (۱)	تشکیل سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس (۱) شرکت‌های دانش‌بنیان (۱)
کارایی / اثربخشی / مدیریت کیفیت			کارایی (۲)	مدیریت کیفیت خدمات (۱) اثربخشی ارائه خدمات (۱) مشتری‌مداری (۱)		

موضوعات	برنامه اول	برنامه دوم	برنامه سوم	برنامه چهارم	برنامه پنجم	برنامه ششم
ارتقای شاخص‌های سلامت	تعدیل موالید (۱)			ارتقای سلامت (۲)	شاخص توسعه انسانی (۱) پیوست سلامت (۱)	پدافند غیرعامل (۱) کنترل جمعیت (۲) افزایش نرخ باروری (۲)
مدیریت نیروی انسانی					ممنوعیت دوشغلگی (۱) نگهداشت نیروی انسانی (۲) عرضه نیروی انسانی (۲) تربیت نیروی انسانی (۱)	ممنوعیت دوشغلگی (۱) کمیت و کیفیت تربیت نیروی انسانی (۱) تأمین نیروی انسانی سازمان تأمین اجتماعی (۱)

* فراوانی موضوعات در داخل پراکنش کنار موضوعات درج شده است.



پیوست ۲. رویکرد کلی برنامه‌های اول تا ششم توسعه

شرح مختصر قانون	دوره زمانی	برنامه توسعه
برنامه پنج‌ساله اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، با انتخاب راهبرد «آزادسازی اقتصادی» آغاز شد. هدف اصلی این برنامه آن بود که با سرمایه‌گذاری دولت در زمینه بازسازی خسارت‌های جنگ تحمیلی و بهره‌برداری حداکثری از ظرفیت‌های موجود، روندهای منفی اقتصادی حاکم را به نفع ایجاد رشد اقتصادی در کشور تغییر دهد و بستر تداوم رشد در آینده را فراهم کند. از این‌رو، برنامه اول توسعه به «برنامه سازندگی» شهرت یافت که مرکز ثقل برنامه بود.	۶۸-۷۲	برنامه اول
با توجه به مشکلات اجرایی برنامه اول، برنامه دوم با دو سال تأخیر تدوین و تصویب شد. استراتژی اصلی برنامه دوم توسعه تثبیت دستاوردهای برنامه اول توسعه، ایجاد ثبات در روندهای اقتصادی کشور و کاهش بار سنگین تحولات اقتصادی بر جامعه بود. این برنامه از جهت ساختار و ماهیت تفاوتی با برنامه اول نداشت و مبتنی بر آزادسازی اقتصادی و خصوصی‌سازی بود. برنامه دوم نیز رشد و توسعه اقتصادی را از اصلی‌ترین اهداف خود می‌دانست و تأکید خاصی بر پایداری آن داشت	۷۴-۷۸	برنامه دوم
برنامه سوم با راهبرد اصلاحات اقتصادی مبتنی بر رویکرد «توسعه اقتصاد رقابتی» از طریق حرکت به سمت آزادسازی اقتصادی همراه با شکل‌گیری نظام جامع تأمین اجتماعی و اصلاحات قانونی و نهادی و لغو انحصارات برای فراهم شدن زمینه‌های مشارکت بخش خصوصی و کاهش تصدیگری دولت طراحی و تدوین شد. از این‌رو، برنامه سوم توسعه به «برنامه اصلاح ساختاری» نیز مشهور بود که این موضوع، نقطه اتکا و مرکزی برنامه سوم به‌شمار می‌آمد.	۷۹-۸۳	برنامه سوم
برنامه چهارم توسعه در قالب سند چشم‌انداز کشور در افق ۱۴۰۴ و با جهت‌گیری کلی رشد مستمر و پرشتاب اقتصادی تدوین شد. برنامه چهارم توسعه با توجه به موضوع اصلی آن به «برنامه توسعه پایدار با رویکرد جهانی» نیز مشهور است. قابل ذکر است، پس از ابلاغ سند یاد شده، سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه به‌منظور تدوین برنامه چهارم توسعه توسط رهبر انقلاب اسلامی در چهار حوزه: امور فرهنگی، علمی و فناوری، امور اجتماعی، سیاسی، دفاعی و امنیتی، امور مربوط به مناسبات سیاسی و روابط خارجی و امور اقتصادی تدوین و ابلاغ شد.	۸۴-۸۹	برنامه چهارم
قانون برنامه پنجم توسعه ایران، پنجمین قانون توسعه پس از پیروزی انقلاب و دومین قانون که برای تحقق سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ تدوین شده است. این قانون ۲۳۵ ماده دارد و ماده (۲۳۵) آن اعلام می‌کند که این قانون تا سال ۱۳۹۴ خورشیدی اعتبار دارد اما تا ۱۳۹۵ به‌طول انجامید. هدف این برنامه «الگوی اسلامی-ایرانی توسعه» عنوان شده بود و به آن برنامه «توسعه پایدار با رویکرد جهانی» نیز گفته می‌شد. برنامه پنجم تغییر زیادی از حیث گسترده بودن و جامعیت در بخش سلامت داشت.	۹۰-۹۵	برنامه پنجم
برنامه ششم توسعه با سایر برنامه‌های توسعه ارائه شده تفاوت‌های جدی داشت که از جمله این تفاوت‌ها نام «لایحه احکام مورد نیاز اجرای برنامه ششم توسعه ایران» و تعداد مواد (۳۱ ماده) بود. در نهایت با بحث و بررسی‌های انجام شده، برنامه ششم با ۱۱۰ ماده افزوده شده به تصویب رسید. این برنامه به‌عنوان سومین برنامه سند چشم‌انداز ۲۰ ساله با عنوان «برنامه توسعه و اقتصاد مقاومتی» به تصویب رسید.	۱۴۰۰-۹۶	برنامه ششم

پیوست ۳. مطالعات مورد استفاده در مرحله مرور هدفمند

ردیف	عنوان	نویسنده	برنامه‌های تحت پوشش	روش و سال اجرا	نتایج
۱	تحلیل جامعیت سیاستگذاری سلامت در قوانین برنامه‌های توسعه ایران	جواهری، فاطمه	برنامه‌های اول تا ششم	تحلیل اسناد؛ سال ۱۳۹۹	طی برنامه‌های مختلف به تدریج بر میزان جامعیت سیاست‌های سلامت افزوده شده است؛ به این معنا که هم مؤلفه‌های سلامت متنوع‌تر شده‌اند و هم دامنه شمول آن قشرها و گروه‌های متنوع‌تری را دربرگرفته است. این ویژگی در برنامه چهارم توسعه به اوج خود رسیده است. عناصر مندرج در هر قانون برنامه نوسان دارد و در مورد نقش دولت در تأمین سلامت هم ابهام‌هایی وجود دارد. با روی کار آمدن هر دولت و مسلط شدن گرایش سیاسی آن، برنامه‌های سلامت نیز دستخوش تغییرات شده است. تداوم بی‌ثباتی و استمرار سیاست‌های ناهماهنگ سلامتی در هر دولت، یک نوع سیاستگذاری کوتاه‌مدت به وجود آورده که امکان برنامه‌ریزی بلندمدت را برای پرداختن به امر سلامت تضعیف کرده است. به طوری که هر قانون به صورت مقطعی و مبتنی بر نیاز و اقتضات یک دوره خاص و در راستای سلیقه سیاستگذاران آن دوره تنظیم شده است.
۲	بررسی عملکرد هزینه‌ها و سیاست‌های بودجه‌ای دولت در بخش بهداشت و درمان	جنانی، افشین	برنامه‌های اول تا سوم	مطالعه تطبیقی؛ سال ۱۳۸۲	در کشور ما به بخش بهداشت و درمان توجه کافی نشده است. به طوری که به رغم رشد کمی اعتبارات بودجه‌ای در این بخش، شاخص‌ها نشان‌دهنده وضع نامناسب بخش بهداشت و درمان در مقایسه با سایر کشورهاست.
۳	سلامت در پنجمین برنامه توسعه ایران: چالش‌های اصلی، سیاست‌های کلی و استراتژی‌ها	Vosoogh Moghaddam A	برنامه پنجم توسعه	به روش کیفی؛ سال ۱۳۹۱	اگرچه سیستم بهداشتی ایران پس از انقلاب اسلامی در زمینه ارائه خدمات بهداشتی به‌ویژه به افراد با درآمد کم دستاوردهای بسیاری داشته است؛ اما شواهد نشان می‌دهد که چالش‌های بسیار در کارکردهای تولید، تأمین مالی، بسیج منابع و ارائه خدمت وجود دارد. برای غلبه بر این چالش‌ها حدود ۱۱ درصد سیاست‌های کلی پنجمین برنامه توسعه مستقیماً به رویکرد انسان سالم و جامعیت سلامت تأکید دارد. این موارد شامل ادغام سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزیابی، نظارت و تأمین مالی دولتی؛ توسعه کمی و کیفی نظام بیمه درمانی و کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب تا ۳۰ درصد بوده است.
۴	نابرابری‌های بهداشتی و برنامه‌های توسعه در ایران، تحلیل سه دهه گذشته (۱۳۶۳ تا ۱۳۸۹)	Zare H	-	با استفاده از نظرسنجی؛ سال ۱۳۹۲	افزایش نابرابری در هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در ایران طی سه دهه گذشته افزایش یافته و فاصله خانوارهای شهری و روستایی بیشتر شده است. همچنین تورم بر فقرا تأثیر بیشتری داشته است. همچنین این مطالعه بیان می‌کند که در آن زمان چهارمین برنامه توسعه ارائه شده است، اما موفق به ارائه استراتژی‌های پایدار برای کاهش نابرابری در هزینه‌های بهداشت و درمان نشده است. به علاوه پیشنهاد کرده است که سیاست‌های محافظت‌کننده از گروه‌های آسیب‌پذیر باید در اولویت قرار گیرند.
۵	پیشنهادهایی برای اصلاح گزارش کمیسیون تلفیق مجلس درباره لایحه برنامه ششم توسعه	شبکه کانون‌های تفکر ایران	برنامه ششم توسعه	ازسوی شبکه کانون‌های تفکر ایران در آذرماه ۱۳۹۵ تحت عنوان یادداشت تحلیلی	۵ پیشنهاد شامل اصلاح جزئی بند «ب» ماده (۸۶) با هدف تأکید بر مسئولیت بیمه‌های درمان در خرید خدمات و الحاق دو بند به این ماده با موضوعات یکسان شدن تعرفه حق فنی خدمات سلامت در بخش‌های دولتی و غیردولتی، مدیریت منابع از طریق نظام بیمه‌ای و همچنین اصلاح جزئی بند «ب» ماده (۸۹) با موضوعات تمام‌وقتی پزشکان فعال در بخش دولتی و عمومی و همچنین عدم حضور ذی‌نفعان بخش خصوصی در جایگاه حاکمیتی.



ردیف	عنوان	نویسنده	برنامه‌های تحت پوشش	روش و سال اجرا	نتایج
۶	سلامت در برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اول تا ششم ایران: تحلیل اسناد	Khodayari-Zarnaq R	برنامه اول تا ششم	تحلیل محتوا؛ سال ۱۳۹۹	در طول برنامه‌های توسعه به‌طور فزاینده‌ای به موضوعات بهداشت و درمان توجه شده است. مهندسی عمران، تأمین دارو و کنترل جمعیت در برنامه‌های اول و دوم توسعه؛ گسترش بیمه عمومی و سطح‌بندی خدمات در برنامه سوم؛ تشکیل شورای عالی سلامت و توجه به فوریت‌های پزشکی در برنامه چهارم؛ هدفمندی یارانه‌ها در برنامه پنجم و سیاست‌های تشویق افزایش جمعیت و کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب مهم‌ترین نگرانی‌ها در برنامه ششم توسعه بودند. همچنین این مطالعه بیان کرده است که عدم دستیابی به نتایج مورد انتظار در برنامه‌ها و تکرار همان متن در برنامه بعدی، نشان‌دهنده تعهد پایین دولت به برخی جنبه‌های برنامه‌های توسعه است. همچنین فقدان توجه به روندهای بین‌المللی و موضوعات ارتقای سلامت در برنامه‌ها محسوس است.
۷	هفت دهه مراقبت سلامت اولیه در طی برنامه‌های مختلف توسعه ایران: یک مرور تاریخی	Doshmangir L	-	تحلیل اسناد؛ سال ۱۳۹۹	در طول برنامه‌های مختلف توسعه بالادستی، نگرش سیاستگذاران به مراقبت سلامت اولیه متفاوت بوده است و در نتیجه تفاوت‌های اساسی در پرداختن به این مسئله و نتایج ناشی از آن وجود دارد. همچنین این مطالعه نشان داد پس از انقلاب اسلامی خدمات مراقبت سلامت اولیه اهمیت بسیاری یافته و سیاستگذاران توجه بسیاری به روستاییان و افراد آسیب‌پذیر نشان داده‌اند. به‌علاوه این مطالعه بیان نموده است که با توجه به نیازهای در حال تکامل جامعه و تغییرات جمعیتی، ساختار فعلی شبکه بهداشت کشور نیازمند تقویت و اصلاح است.
۸	تحلیل و ارزیابی عملکرد بخش بهداشت و درمان از دیدگاه بهره‌وری، طی دو برنامه توسعه ملی جمهوری اسلامی ایران	طیبی، سیدجمال‌الدین	برنامه اول تا پایان سال سوم برنامه توسعه دوم	به روش توصیفی؛ ۱۳۷۸	قسمت عمده‌ای از اهداف برنامه اول در زمینه شاخص‌های بهداشتی به‌طور کامل تحقق نیافتند. در زمینه شاخص‌های درمانی، موارد مربوط به ساخت تأسیسات بیمارستانی کاملاً با اهداف برنامه منطبق بوده یا از آن پیشی گرفته‌اند. شاخص‌های مربوط به کارایی بخش و نیروی انسانی بجز شاخص متوسط اقامت در بیمارستان و نسبت دندانپزشک به هر صدهزار نفر جمعیت به اهداف مربوطه نرسیدند. در برنامه دوم وضعیت شاخص‌های بهداشتی ارتقای مناسبی یافته به‌نحوی که اکثر این شاخص‌ها از اهداف خود تا پایان ۱۳۷۶ پیش افتاده و بهره‌وری کاملی داشتند. درخصوص شاخص‌های درمانی می‌توان مشاهده نمود که کلیه شاخص‌های درمانی بجز شاخص ضریب اشغال تخت بیمارستانی از اهداف خود پیشی گرفته و دارای بهره‌وری کاملی بودند. به‌علاوه محورهایی چون اجرای ناقص استراتژی اولویت بهداشت بر درمان، تحقق ناقص اهداف کیفی برنامه‌های اول و دوم و انطباق ناقص اقدامات انجام شده با اصول و مفاهیم توسعه و توسعه‌یافتگی بخش دیگر از یافته‌های حاصل از این گزارش هستند.
۹	بررسی میزان تحقق یافتگی برنامه‌های بهداشتی در برنامه‌های توسعه و توصیه‌هایی برای برنامه چهارم	ماهر، علی	برنامه اول تا سوم	توصیفی؛ سال ۱۳۸۱	برنامه‌های بهداشتی عمدتاً شامل بخش بهداشت عمومی، درمان، دارو، بیمه درمان و آموزش پزشکی است که در برنامه نخست تفکیک مشخصی نداشته است. ولی در برنامه‌های دوم و سوم کاملاً تفکیک شده‌اند. به‌طورکلی هرچه برنامه‌های توسعه پیش‌رفته‌اند، فرایند برنامه‌ریزی بهتر شده است؛ هرچند به‌نظر می‌رسد اهداف تاحدی با انگیزه‌های سیاسی تعیین شده‌اند. همچنین بیان کرده است که اگرچه عمدتاً به اهداف کمی در برنامه‌های اول، دوم و سوم دست یافته‌ایم ولی اهداف کیفی به‌صورت غیرعملی باقی مانده‌اند. به‌علاوه این گزارش اشاره به این موضوع دارد که در صورت طی شدن روند اصول برنامه‌ریزی و هدفگذاری صحیح با برنامه‌ریزی منسجم بتوان به پیشبرد اهداف بهداشتی در سه رده پیشگیری، درمان و بازتوانی نائل شد.

ردیف	عنوان	نویسنده	برنامه‌های تحت پوشش	روش و سال اجرا	نتایج
۱۰	جایگاه عدالت در نظام سلامت: مروری اجمالی بر برنامه‌های توسعه	براتی، امید	برنامه‌های اول تا پنجم	به روش مروری، سال ۱۳۹۳	یافته‌های این مطالعه نشان دادند که در برنامه اول توسعه، بر مناطق روستایی و بخش‌های محروم جامعه تأکید شده است. در برنامه دوم و سوم علاوه بر تأکید بر مناطق محروم و روستایی، بر افزایش کارایی خدمات و ضرورت به‌کارگیری بهینه تمام منابع، امکانات و تسهیلات پرداخته شده است. در برنامه‌های چهارم و پنجم، عدالت توزیعی در دسترسی، پزشک خانواده و سیستم ارجاع مورد تأکید واقع شده است. نتیجه‌گیری کلی این مطالعه تغییر رویه‌ای در طی سال‌ها از مسائل ساختاری به مسائل فرایندی است.
۱۱	دولت و سیاست سلامت در ایران (سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش)	قاراخانی، معصومه	برنامه‌های اول تا پنجم	روش تحلیل اسناد؛ سال ۱۳۹۱	سیاستگذاری سلامت در بازه زمانی مورد بررسی ضرورتاً متأثر از رویکرد سیاسی این دولت‌ها نیست. در بعد هزینه سلامت نیز، تأثیر رویکرد دولت بر سیاستگذاری سلامت مشاهده نمی‌شود.
۱۲	عدالت در شاخص‌های مالی سلامت ایران در فاصله‌ی اجرای برنامه‌های سوم و چهارم توسعه	کریمی، سعید	برنامه‌های سوم و چهارم	به روش مروری؛ سال ۱۳۹۱	اگرچه برای گسترش عدالت در سلامت از لحاظ محتوای قانونی و تدوین برنامه در کشورمان کاستی وجود ندارد، اما در اجرا، مسائل و مشکلات عدیده‌ای را ملاحظه می‌کنیم. با گذشت سال‌های متمادی و پایان یافتن برنامه‌های سوم و چهارم توسعه، تحلیل آماری و گزارشات مدون سالیانه که چه میزان اهداف برنامه محقق شده است، در دست نیست؛ اما طبق بررسی‌ها روند حرکت شاخص سیاست‌های بخش سلامت نتوانسته است تا تغییر معناداری در جهت بهبود عدالت در دسترسی مالی ایجاد کند.
۱۳	مروری تحلیلی بر سیاست‌های سلامت ایران در برنامه‌های توسعه	اخوان بهبهانی، علی	برنامه‌های اول تا پنجم	به روش تطبیقی؛ سال ۱۳۹۲	نگاهی به مواد مرتبط با سلامت در پنج برنامه توسعه در ایران نشان می‌دهد که رویکرد این برنامه‌ها در ابتدا تنها توسعه فیزیکی مراکز بهداشتی و درمانی با نگاه دولتی بوده است. از آغاز برنامه سوم توسعه نگاه قدری به سمت واگذاری خدمات متمایل شد و از سویی بحث‌های عدالت توزیعی نیز مطرح گردید. در برنامه چهارم و پنجم توسعه مفاهیمی چون عدالت در سلامت طرح شد و به‌نظر می‌رسد رویکردها از گسترش فیزیکی به عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و عدالت مالی در سلامت تغییر یافت. نگاه کلی به احکام و اهداف برنامه‌های توسعه در این بخش حاکی از آن است که بسیاری از سیاست‌های کلی برنامه از منظر ظرف زمانی در قالب مواد و احکام برنامه قابلیت پیگیری و اجرا ندارد و برخی دیگر نیز متولی مشخصی ندارد.
۱۴	میزان اجرا و پیاده‌سازی مواد قانونی بخش سلامت در برنامه پنج‌ساله پنجم کشور	دماری، بهزاد	برنامه پنجم توسعه	با استفاده از روش تحلیل اسناد و دیدگاه صاحب‌نظران؛ سال ۱۳۹۸	تنها سه بند قانونی شامل تدوین سبد مطلوب غذایی برای جامعه ایرانی موضوع بند «د» ماده (۳۴)، توسعه طب سنتی موضوع بند «ه» ماده (۳۴)، تمرکز سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت موضوع بند «ب» ماده (۳۶) به‌طور کامل اجرایی شده و اکثر بندهای قانون در مرحله اول تدوین مستندات جهت تبدیل قانون به اجرا متوقف مانده است. میانگین نمره میزان پیشرفت برنامه پنجم توسعه با رویکرد وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین تقریباً ۲۸٪ محاسبه شده است.



ردیف	عنوان	نویسنده	برنامه‌های تحت پوشش	روش و سال اجرا	نتایج
۱۵	مروری بر سیاست‌های تأمین مالی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران	مهرالحسنی، محمدحسین	برنامه‌های اول تا پنجم و سایر اسناد بالادستی ملی و بین‌المللی	به‌صورت کیفی با مرور اسناد و روش گروه متمرکز؛ سال ۱۳۹۵	در پاسخ به بهبود وضعیت شاخص‌های حفاظت مالی، سیاست‌ها و برنامه‌های این حوزه در ۱۰ مضمون و چهار طبقه جمع‌آوری منابع، مدیریت و انباشت منابع، تخصیص منابع و خرید راهبردی کالاها و خدمات شناسایی شد. از مهم‌ترین سیاست‌ها و برنامه‌ها می‌توان به یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه‌ای، افزایش منابع پایدار و تخصیص هدفمند یارانه‌ها، اولویت‌بندی خدمات سلامت، استقرار و بهبود نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد با تأکید بر یکسان‌سازی جزء حرفه‌ای در بخش دولتی و خصوصی اشاره نمود. همچنین این مطالعه تأکید می‌کند که در حوزه تأمین مالی نظام سلامت کشور، خلأ قانونی و سیاستی عمده‌ای وجود ندارد، بلکه محدودیت عمده روش اجرا و تعهد به قوانین است. رفع این چالش‌ها مستلزم حمایت سیاسی کافی و ایجاد درک واحد بین ذی‌نفعان در سطوح مختلف سیاستگذاری و اجرا و انطباق طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت است.
۱۶	جایگاه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در برنامه‌های توسعه پنج‌ساله ایران	حمیدزاده اربابی، یوسف	-	نامه به سردبیر؛ سال ۱۳۹۴	این گزارش بیان می‌دارد که متأسفانه در ۵ برنامه توسعه توجه شایسته‌ای به موضوع آموزش بهداشت و ارتقای سلامت نشده است. موارد ذکر شده عمدتاً موضوعات بین بخشی بوده و این موضوعات به‌صورت شفاف و اختصاصی به متخصصین آموزش سلامت تکلیف نشده‌اند.
۱۷	تحولات نظام سلامت در چارچوب برنامه‌های عمرانی و توسعه در ایران	سجادی، حمیرا	برنامه اول تا پنجم توسعه	به روش تطبیقی؛ سال ۱۳۹۵	تفاوت اصلی برنامه‌ریزی در دو دوره مورد مطالعه به جهت‌گیری حکومت‌های مستقر برمی‌گردد. در حکومت پهلوی تجدد و مدرن‌سازی کشور مبتنی بر دولت-ملت‌سازی مبنای تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌های کلان بوده، اما در حکومت جمهوری اسلامی برقراری عدالت اجتماعی مبنای سیاستگذاری‌های کلان بوده و تأمین رفاه مردم نیز بخشی از تحقق این اهداف به‌شمار آمده است. نتیجه اجرای برنامه‌های عمرانی و توسعه تغییرات گسترده‌ای در شاخص‌های بهداشتی کشور نشان می‌دهد. اما برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب نه تنها در مدرن‌سازی کشور ناموفق عمل کردند، بلکه به‌دلیل بی‌توجهی به عدالت سبب افزایش نابرابری و نارضایتی در عموم مردم شدند و بعد از انقلاب نیز علی‌رغم تأکید برنامه‌های توسعه بر گسترش عدالت اجتماعی، در حوزه سلامت این امر محقق نشده است. این مطالعه همچنین تأکید می‌کند که موفقیت در اجرای سیاست‌های نظام سلامت و تحقق عدالت اجتماعی منوط به داشتن برنامه‌های متکی بر داده‌ها و برآوردهای منطقی و واقع‌بینانه، حرکت به سوی برنامه‌های مختلط (دستوری-ارشادی) و انجام اصلاحات اساسی ساختاری در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و اقتصادی است.
۱۸	بررسی تطبیقی سیاست‌های سلامت در برنامه‌های توسعه اول تا ششم ایران	نیکخواه، هدایت‌الله	برنامه‌های اول تا ششم	با استفاده از روش تحلیل محتوا؛ سال ۱۳۹۹	از مجموع احکام مرتبط با سلامت در برنامه‌های توسعه ۲۰۹ حکم در ارتباط با سلامت استخراج شد. درجه الزام اجباری با ۵۵ درصد بالاترین میزان؛ کارگزار اجرای حکم در ۳۱/۶ درصد موارد وزارت بهداشت؛ درخصوص گروه‌های هدف احکام ۱۷/۷ درصد همه افراد جامعه گروه هدف بودند، ۹/۶ درصد افراد ساکن مناطق محروم، ۸/۶ درصد اقشار آسیب‌پذیر گروه هدف بودند؛ احکامی که از نوع ارائه خدمت بودند ۵۷/۹ درصد و ۱۳/۹ درصد احکام در حوزه درمان بودند. همچنین این مطالعه بیان می‌دارد که در تدوین احکام برنامه‌های توسعه اول تا ششم سعی بر آن بوده است که در جهت تحقق بیشتر سیاست‌های اجتماعی و ایجاد عدالت در برخورداری از امکانات حوزه سلامت گام برداشته شود.

پیوست ۴. بررسی محتوایی احکام برنامه ششم توسعه

شماره ماده	نیازمند همکاری سایر دستگاه‌ها	ماهیت غیرواقع‌بینانه	شفافیت حکم	وجود شاخص کمی یا کیفی	فراهم بودن زیرساخت‌ها	فراهم نمودن بستر قانون‌گریزی در متن حکم	اولویت‌بندی گروه هدف برای اجرا	نداشتن مکانیسم تأمین مالی مشخص	متولی مشخص یا متولی چندگانه	مشکل نگارشی
۳۱-ج	نیازمندی زیاد	خیر	فقدان شفافیت اجرایی (حمایت از)	خیر	تاحدودی	در متن دولت موظف شده است	خیر	ندارد	متولی چندگانه	دارد (ویرگول بین «فراورده‌های کشاورزی» و «گسترش مبارزه»)
۳۱-چ	نیازمندی زیاد	بلی	بلی	بلی («ممنوعیت هرگونه»)	تاحدودی	در متن دولت موظف شده است	خیر	ندارد	متولی چندگانه	ندارد
۳۱-تبصره	نیازمندی متوسط	خیر	بلی	خیر	تاحدودی	در متن دولت موظف شده است	خیر	ندارد	متولی مشخص	امکان کوتاه نمودن متن («و» براساس آزمایشات معتبر، مواد غذایی تراریخته و نیز خطرات احتمالی آنها را به اطلاع مردم برساند» تغییر یابد به «و با اطلاع‌رسانی مردم را از مواد غذایی تراریخته با خیر ساخته و خطرات احتمالی این مواد را که براساس آزمایشات معتبر معلوم می‌شود به مردم اعلام نماید»)
۳۱-ح	نیازمندی زیاد (وزارت بهداشت دستگاه همکار است)	خیر	بلی	بلی (میزان افزایش تولید شیر در سال‌های برنامه)	تاحدودی	در متن دولت موظف شده است	بلی («بیش از حد مجاز»)	دارد	وزارت بهداشت دستگاه همکار است	ندارد
۳۴	نیازمندی زیاد (وزارت بهداشت دستگاه همکار)	خیر	بلی	موضوعیت ندارد	وجود دارد	خیر	موضوعیت ندارد	موضوعیت ندارد	وزارت بهداشت دستگاه همکار است	ندارد



شماره ماده	نیازمند همکاری سایر دستگاه‌ها	ماهیت غیرواقع‌بینانه	شفافیت حکم	وجود شاخص کمی یا کیفی	فراهم بودن زیرساخت‌ها	فراهم نمودن بستر قانون‌گریزی در متن حکم	اولویت‌بندی گروه هدف برای اجرا	نداشتن مکانیسم تأمین مالی مشخص	متولی مشخص یا متولی چندگانه	مشکل نگارشی
۶۷-الف	نیازمندی متوسط (وزارت بهداشت دستگاه همکار است)	بلی	فقدان شفافیت اجرایی	بلی (هشتاد درصد روستاهای بالای بیست خانوار کشور)	فقدان	بلی (در متن حکم ذکر شده است «مجاز است»)	بلی («روستا بالای بیست خانوار»)	مشارکت بخش خصوصی	وزارت بهداشت دستگاه همکار است	ندارد
۶۸-ح	نیازمندی زیاد	بلی	فقدان شفافیت اجرایی	خیر	فقدان	در متن دولت مکلف شده است	خیر	ندارد	متولی چندگانه	ندارد
۷۰-الف	نیازمندی زیاد	بلی	تاحدودی	بلی (تمامی آحاد جمعیت کشور، تا پایان سال اول برنامه توسعه)	فقدان	«دولت مکلف است» و «اجباری بوده»	بلی (ارزیابی وسیع)	تاحدودی	محوریت وزارت بهداشت	ندارد
۷۰-ب	نیازمندی زیاد	بلی	بلی	بلی (پوشش آحاد جامعه براساس ارزیابی وسیع، بازه زمانی مشخص)	تاحدودی	«دولت مکلف است» و «اجباری بوده»	خیر	دارد	متولی چندگانه	ندارد
۷۰-ث	نیازمندی متوسط	بلی	بلی	بلی (کلیه ارائه‌دهندگان حقیقی و حقوقی، تا پایان سال اول برنامه توسعه)	فقدان (بسترهای نظارتی)	«دولت مکلف است» و «ارائه‌دهندگان موظفند»	خیر	موضوعیت ندارد	محوریت وزارت بهداشت	ویرگول بین «ضمن رعایت تعرفه‌های مصوب دولت» و «از خط‌مشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند».
۷۰-ج	نیازمندی زیاد	تاحدودی	تاحدودی	بلی (تمام صندوق‌ها، از ابتدای سال دوم برنامه)	تاحدودی	دولت مکلف است	خیر	ندارد	محوریت وزارت بهداشت	ندارد
۷۰-چ	نیازمندی زیاد	تاحدودی	تاحدودی	بلی (مشخص نمودن)	تاحدودی	دولت مکلف است	خیر	ندارد	متولی چندگانه	ندارد

شماره ماده	نیازمند همکاری سایر دستگاه‌ها	ماهیت غیرواقعی بینانه	شفافیت حکم	وجود شاخص کمی یا کیفی	فراهم بودن زیرساخت‌ها	فراهم نمودن بستر قانون‌گریزی در متن حکم	اولویت‌بندی گروه هدف برای اجرا	نداشتن مکانیسم تأمین مالی مشخص	متولی مشخص یا متولی چندگانه	مشکل نگارشی
				بازه زمانی) بلی						
۷۰-ح	نیازمندی زیاد	تاحدودی	فقدان	(مشخص نمودن بازه زمانی) بلی	تاحدودی	دولت مکلف است	خیر	ندارد	متولی چندگانه	ندارد
۷۲-الف	نیازمندی زیاد	خیر (چالش اثربخشی)	بلی (گزینشی نمودن مفهوم تولیت)	بلی (از زمان ابلاغ قانون)	فقدان	قاطعیت متن حکم و «کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی موظفند»	خیر	دارد (در نظر نگرفتن هزینه‌های پنهان)	محوریت وزارت بهداشت	ندارد
۷۲-ب	نیازمندی متوسط	خیر (چالش اثربخشی)	بلی	خیر	تاحدودی	قاطعیت متن حکم	بلی (واحدهای استانی و شهرستانی کماکان به‌صورت ادغام‌یافته در شبکه‌های بهداشتی درمانی زیر نظر سازمان مذکور)	دارد (در نظر نگرفتن هزینه‌های پنهان)	محوریت وزارت بهداشت	ندارد
۷۲-پ	فاقد نیازمندی	خیر	بلی	بلی (بازه زمانی مشخص و نحوه برخورد عدول از قانون)	وجود دارد	وزارت بهداشت موظف است	موضوعیت ندارد	موضوعیت ندارد	متولی مشخص	ندارد
۷۲-ت	نیازمندی زیاد	خیر	بلی	بلی (در سال اول اجرای برنامه برای گروه‌های سنی مختلف)	وجود دارد	وزارت بهداشت موظف است	خیر	موضوعیت ندارد	متولی چندگانه	ندارد
۷۳-ب	نیازمندی کم	خیر	بلی	بلی (طبق ردیف‌های بودجه)	وجود دارد	قاطعیت متن حکم	خیر	دارد	متولی چندگانه	ندارد



شماره ماده	نیازمند همکاری سایر دستگاه‌ها	ماهیت غیرواقع‌بینانه	شفافیت حکم	وجود شاخص کمی یا کیفی	فراهم بودن زیرساخت‌ها	فراهم نمودن بستر قانون‌گریزی در متن حکم	اولویت‌بندی گروه هدف برای اجرا	نداشتن مکانیسم تأمین مالی مشخص	متولی مشخص یا متولی چندگانه	مشکل نگارشی
				سنواتی)						
۷۴-الف	نیازمندی زیاد	تاحدودی	بلی	بلی (بازه‌های زمانی برای اجرا)	فقدان	«وزارت بهداشت مکلف است» و «واحد‌های ذی‌ربط موظفند»	بلی (با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع)	ندارد	متولی چندگانه	ندارد
۷۴-ب	نیازمندی زیاد	تاحدودی	بلی	بلی («کلیه پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازان...» و مستثنا کردن برخی موارد مشخص)	فقدان (بسترهای نظارتی و منوط کردن به جبران محرومیت و تأمین بودجه)	«دولت مکلف است» و «منوط به جبران محرومیت و تأمین موجودی»	خیر	دارد	متولی چندگانه	ندارد
۷۴-پ	نیازمندی زیاد	تاحدودی	تاحدودی	خیر (فقط بازه زمانی تدوین آیین‌نامه)	فقدان	دولت موظف است	خیر	ندارد	متولی چندگانه (نام بردن از دولت به‌طور کل)	ندارد
۷۴-ث	نیازمندی کم	بلی	تاحدودی	بلی (تا پایان سال دوم کلیه آحاد ایرانیان)	فقدان (زیرساخت‌های اجرایی و فقدان راهنما‌های بالینی)	وزارت بهداشت مکلف است	خیر	ندارد	محوریت وزارت بهداشت	طولانی بودن جمله
۷۴-تبصره	نیازمندی کم	خیر	بلی	خیر	وجود دارد	دولت مکلف است	خیر	دارد	متولی چندگانه (نام بردن از دولت به‌طور کل)	ندارد

شماره ماده	نیازمند همکاری سایر دستگاه‌ها	ماهیت غیرواقع‌بینانه	شفافیت حکم	وجود شاخص کمی یا کیفی	فراهم بودن زیرساخت‌ها	فراهم نمودن بستر قانون‌گریزی در متن حکم	اولویت‌بندی گروه هدف برای اجرا	نداشتن مکانیسم تأمین مالی مشخص	متولی مشخص یا متولی چندگانه	مشکل نگارشی
۷۴-ج	نیازمندی زیاد	بلی	بلی	خیر	فقدان (وابستگی به راهنمای بالینی، نظام ارجاع و سامانه پرونده الکترونیک)	سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه مکلفند	خیر	ندارد	متولی چندگانه	ندارد
۷۴-چ	نیازمندی زیاد	بلی	تاحدودی	خیر	فقدان	وزارت بهداشت موظف است	خیر	ندارد	محوریت وزارت بهداشت	ندارد
۷۴-ح	نیازمندی زیاد	خیر	بلی	تاحدودی (براساس تفاهمنامه)	وجود دارد	وزارت بهداشت موظف است	بلی (با اولویت مناطق محروم)	دارد	متولی چندگانه	ندارد
۷۴-د	نیازمندی زیاد	تاحدودی	بلی	خیر (فقط در زمینه واکسیناسیون تا حد و تراز کشورهای توسعه‌یافته)	تاحدودی (تحریم‌ها)	وزارت بهداشت موظف است	خیر	ندارد	متولی چندگانه	دارد («به‌منظور» قبل از حمایت از ... جا افتاده است
۷۴-ر	نیازمندی زیاد	تاحدودی (انواع تهدیدات حوزه سلامت)	تاحدودی	خیر (فقط ذکر شده انواع تهدیدات)	تاحدودی	وزارت بهداشت موظف است	خیر	ندارد	متولی چندگانه	به‌طور واضح مشخص نیست موظف است به کدام نهاد برمی‌گردد
۷۵	نیازمندی زیاد	خیر	بلی	تاحدودی (پوشش کلیه متقاضیان ازدواج، ارزیابی وسع، بازه زمان	تاحدودی	وزارت بهداشت موظف است	بلی (تحت پوششین کمیته امداد و بهزیستی)	دارد (۱۰ درصد حق طلاق و کمک‌های مردمی و دولتی)	متولی چندگانه	ندارد



شماره ماده	نیازمند همکاری سایر دستگاه‌ها	ماهیت غیرواقع‌بینانه	شفافیت حکم	وجود شاخص کمی یا کیفی	فراهم بودن زیرساخت‌ها	فراهم نمودن بستر قانون‌گریزی در متن حکم	اولویت‌بندی گروه هدف برای اجرا	نداشتن مکانیسم تأمین مالی مشخص	متولی مشخص یا متولی چندگانه	مشکل نگارشی
				برای تدوین آیین‌نامه)						
۷۶	نیازمندی کم	در قسمت افزایش درصد زایمان طبیعی	بلی	بلی (شاخص‌های کمی)	تاحدودی	دولت مکلف است	خیر	ندارد	نام بردن از دولت به‌طور کل	ندارد
۷۸	نیازمندی زیاد	بلی	بلی (از نظر اهداف)	بلی (شاخص‌های کمی و ارائه گزارش پیشرفت	فقدان	دولت مکلف است	خیر	ندارد	نام بردن از دولت به‌طور کل	ندارد
۱۰۲-ت	نیازمندی زیاد	بلی	خیر	بلی (شاخص‌های کمی و ارائه گزارش پیشرفت	فقدان	دولت موظف است	خیر	ندارد	نام بردن از دولت به‌طور کل	ندارد
۱۰۲-ج	نیازمندی زیاد	بلی	خیر	خیر (صرفاً مشخص کردن محدوده)	تا حدودی	دولت موظف است	بلی (اولویت خانواده‌ها)	ذکر شده از طریق پوشش بیمه پایه و تکمیلی	نام بردن از دولت به‌طور کل	ندارد
۱۰۲-ح	نیازمندی زیاد	تاحدودی	خیر	خیر (صرفاً افزایش)	تاحدودی	دولت موظف است	خیر	بودجه سنواتی	نام بردن از دولت به‌طور کل	ندارد
۱۰۲-د	نیازمندی زیاد	بلی	خیر	خیر (صرفاً محدوده مشخص شده)	فقدان	دولت موظف است	خیر	ندارد	نام بردن از دولت به‌طور کل	ندارد

منابع و مأخذ

1. Javaheri F, Safari Shali R, Mahdavi kande D. The lack of a comprehensive health policy (As a social problem). *Journal of Social Problems of Iran*. 2020; 11 (1).
2. A, Janani. Examining the performance of government expenditures and budget policies in the health sector. *economic journal*. 2006; 5(51): 5-26. [In persian].
3. Moghaddam AV, Damari B, Alikhani S, Salarianzedeh MH, Rostamigooran N, Delavari A, Larijani B. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. *Iranian journal of public health*. 2013;42(Supple1):42.
4. Zare H, Trujillo AJ, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades (1984–2010). *International journal for equity in health*. 2014 Dec;13(1).
5. network, Iran think tanks. Proposals to reform the report of the Parliamentary Integration Commission on the Sixth Development Plan bill. 2016. 9509291101.
6. Khodayari-Zarnaq R, Kabiri N, Alizadeh G. Health in First to Sixth Economic, Social, and Cultural Development Plans of Iran: A Document Analysis. *Journal of Research & Health*. 2020; 10(1).
7. Doshmangir L, Moshiri E, Farzadfar F. Seven decades of primary healthcare during various development plans in Iran: a historical review. *Arch Iran Med*. 2020;23(5).
8. Tabibi S. Analysis and evaluation of performance of healthcare systems in terms of their efficiency during two national development plans in Islamic Republic of Iran. *jha*. 2000; 2 (5).
9. Maher A. "Measuring Health Sector Performance in National Development Plans". *refahj*. 2003; 2 (8).
10. Barati O, Keshtkaran A, Ahmadi B, Hatam N, Khammarnia M, Siavashi E. Equity in the health system: An overview on national development plans. 2015; 3(1).
11. Gharakhani M. Government and Health Policy in Iran (1981 to 2009). *Journal of Social Science*. 2013.
12. Karimi S, Bahman Ziari N. Equity in Financial Indicators of the Health in Iran during the Third and Fourth Development Programs. *Health Inf Manage* 2013; 9(7).
13. Akhavan A. Analytical Review of Health Policies in Development Plans in Iri. *Journal of Medical Council of I.R.I*. 2013;31(2).
14. Damari B, Heidari A, Adhami B, Vosoogh Moghaddam A. Evaluation of Implementation Laws for health sector in fifth development plan. *Hakim Health Sys Res* 2019; 22(2).
15. Mehroolhassani MH, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezani M, Dehnavieh R, Emami M. A review of the health financing policies towards universal health coverage in Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017 Mar 10.
16. Hamidzadeh Y, Rezakhani-Moghaddam H. The Status of Health Education and Health Promotion in Iran's Five-year Development Plans. *J Educ Community Health*. 2016; 2 (4).
17. Sajjadi H, Abdollahtabar Darzi H, Sam Aram E, TajMazinani A. Health System Developments in the Framework of Development Programs in Iran. *refahj*. 2019; 18 (70).



18. nosratinejad F, basakha M, sonboli F. Examining Health Related Policies in Development Plans (1 to 6) within the framework of Social Policy. *refahj*. 2021; 20 (79).
19. A review of the national development plans with an emphasis on the sixth plan and compare them with benchmark indexes related to Islamic economics . *mieaoi*. 2017; 6 (18).
20. Asgharnia M. Governments' Regulatory Challenges and Requirements in the Field of Health. *Iran J Med Law* 2016; 10(37).
21. World Health Organization. A framework for national health policies, strategies and plans. Geneva: World Health Organization. 2010.
22. Price C, Dube P, World Health Organization. Sustainable development and health: concepts, principles and framework for action for European cities and towns. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1997.