

نگاشت نهادی-ساختاری و ارزیابی عملکرد دولت در حوزه مشارکت مردمی سلامت (بازه زمانی بهمن ۱۳۹۸ تا اسفند ۱۳۹۹)



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

خدای بزرگبخشایش همیشه بخوانید

بِسْمِ

شماره مسلسل: ۱۸۶۶۷
کد موضوعی: ۲۱۰



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

تاریخ انتشار:
۱۴۰۱/۱۰/۲۴

عنوان گزارش:

نگاشت نهادی-ساختاری و ارزیابی عملکرد دولت در حوزه مشارکت مردمی سلامت
(بازه زمانی بهمن ۱۳۹۸ تا اسفند ۱۳۹۹)

نام دفتر:

دفتر مطالعات اجتماعی (گروه توسعه، تعاون و مشارکت‌های مردمی)

تهیه و تدوین کنندگان:

صدیقه رضانی تمیجانی، سینا شیخی

مدیر مطالعه:

کمیل قیدرلو

اظهار نظر کنندگان:

فهیمة غفرانی، یحیی مزروعی ایبانه، حسام عزت‌آبادی پور، محمد بختیاری

ناظران علمی:

مهدی مختاری پیام، محمدرضا مالکی، صابر جعفری کافی‌آباد

ویراستار:

پرنده فیاضی

صفحه آرا:

فاطمه سرتیپی

واژه‌های کلیدی:

۱. مشارکت
۲. کرونا
۳. سلامت
۴. سلامت اجتماعی



فهرست مطالب

۶

چکیده

۷

خلاصه مدیریتی

۸

مقدمه

۱۰

۱. بررسی ساختار سازمانی مشارکت مردمی سلامت

۱۱

۲. بررسی طرح‌های مشارکت مردمی در سلامت

۱۳

۳. اقدام‌های دولت برای استفاده از مشارکت مردمی در مواجهه با بحران کووید-۱۹ (بازه زمانی بهمن‌ماه ۱۳۹۸ تا اسفندماه ۱۳۹۹)

۱۵

۴. بررسی عملکرد سازمان هلال احمر و بسیج (از جمله بسیج جامعه پزشکی) در بحران کووید-۱۹

۲۱

جمع‌بندی

۲۶

منابع و مأخذ

فهرست جدول‌ها

جدول ۱. عملکرد وزارت کشور در کنترل مبادی خروجی..... ۱۴

جدول ۲. نیروهای امدادی در کنترل مبادی خروجی..... ۱۴

جدول ۳. مهم‌ترین اقدامات دولت (بازه زمانی بهمن‌ماه ۱۳۹۸ تا اسفندماه ۱۳۹۹) برای مشارکت مردم در مواجهه با کووید-۱۹..... ۱۷

جدول ۴. مشارکت مردمی سلامت در حوزه کووید-۱۹..... ۲۱

فهرست شکل‌ها

شکل ۱. ساختار مشارکت مردمی حوزه سلامت..... ۱۰

شکل ۲. نسبت کانون‌های سلامت با خانه مشارکت..... ۱۲

شکل ۳. پله‌های نردبان آرنستاین..... ۱۸

شکل ۴. گردونه مشارکت دیویدسون..... ۲۰

شکل ۵. الگوی پیشبرد مشارکت در بخش سلامت کشور..... ۲۲



نگاشت‌نهادی-ساختاری و ارزیابی عملکرد دولت در حوزه مشارکت مردمی سلامت (بازه زمانی بهمن ۱۳۹۸ تا اسفند ۱۳۹۹)

چکیده

۳ عدم توجه کافی به گونه‌های مختلف مشارکت مردمی ممکن و توقف بر گونه مشارکت ابزاری. براساس تحلیل‌های انجام شده، در نسبت با دلایل مذکور، برای بهبود وضع موجود و بهره‌گیری از ظرفیت نیروهای داوطلب مردمی برای مدیریت بحران در موارد مشابه، پیشنهاد‌های زیر مطرح می‌شود:

۱ اصلاح ساختار و یکپارچه‌سازی متولی مشارکت مردمی سلامت در وزارت بهداشت؛

۲ تعریف دقیق جایگاه و نسبت بخش مشارکت مردمی سلامت وزارت بهداشت با واحد مشارکت مردمی دستگاه‌های دیگر برای اقدام هماهنگ و فوری در مواقع بحرانی؛

۳ طراحی فضا و سازوکارهای مناسب برای ایجاد بستر لازم انواع مشارکت مردمی با راهبری حلقه‌های میانی موفق در حوزه سلامت؛

۴ تقویت نگاه فرابخشی و رویکرد مشارکتی در طرح‌ها و سیاست‌ها.

بحران کرونا به دلیل گستردگی و تاثیر بالا بر زندگی مردم، صحنه خوبی برای ارزیابی سیاستگذاران و مدیران حوزه سلامت در نسبت با توان و مهارت به کارگیری ظرفیت مردمی در صحنه‌های حساس و پرمخاطره کشور است. چنین بیماری همه‌گیری برخلاف بیماری‌های دیگر در کنار وجوه تخصصی درمانی ابعاد جدی اجتماعی دارد و گذار از وضعیت بحران نیازمند توجه به موضوع سلامت از دریچه و منظر مقولات اجتماعی است و هدایت صحیح مشارکت مردمی می‌تواند نقش پررنگ و مهمی ایفا کند. گزارش حاضر با بررسی بازه زمانی بهمن ماه ۱۳۹۸ تا اسفندماه ۱۳۹۹ نشان می‌دهد از ظرفیت نیروهای داوطلب مردمی به شکل محدود و بافاصله از استانداردها استفاده شد.

در این گزارش، مهم‌ترین دلایل ضعف در حوزه مشارکت مردمی حل بحران کرونا به این صورت تصویر شده است:

- ۱** آشفتگی سازمانی و وجود ساختارهای موازی؛
- ۲** فقدان اثربخشی لازم طرح‌های اجرا شده ناشی از سیاستگذاری غلط و فقدان سازوکارهای ارتباط مؤثر با مردم؛

[خلاصه مدیریتی]

این وضعیت در حالیست که قانون اساسی نقشی مهم برای مشارکت مردمی در حکمرانی کشور در چهار سطح **تصمیم‌گیری، نظارت، مطالبه‌گری و اجرا** در نظر گرفته است. براساس تحلیل‌های انجام شده، در نسبت با دلایل مذکور، برای بهبود وضع موجود و بهره‌گیری از ظرفیت نیروهای داوطلب مردمی برای مدیریت بحران در موارد مشابه، پیشنهادهای زیر مطرح می‌شود:

۱- اصلاح ساختار و یکپارچه‌سازی متولی مشارکت مردمی سلامت در وزارت بهداشت؛

۲- تعریف دقیق جایگاه و نسبت بخش مشارکت مردمی سلامت وزارت بهداشت با واحد مشارکت مردمی دستگاه‌های دیگر برای اقدام هماهنگ و فوری در مواقع بحرانی؛

۳- طراحی فضا و ساز و کارهای مناسب برای ایجاد بستر لازم انواع مشارکت مردمی با راهبری حلقه‌های میانی موفق در حوزه سلامت؛

۴- تقویت نگاه فرابخشی و رویکرد مشارکتی در طرح‌ها و سیاست‌ها. در نهایت براساس تحلیل‌ها و ارزیابی‌های انجام شده در گزارش و مدل‌های مشارکت مطلوب در علوم اجتماعی و قانون اساسی و به‌منظور بهبود وضعیت مشارکت می‌توان الگوی زیر را برای پیشبرد مشارکت در بخش سلامت کشور پیشنهاد کرد. در این الگو سه اصل اصلاح ساختار مشارکت در بخش سلامت، **توانمندسازی بخش مردمی و شفافیت و اطلاع‌رسانی** مبنای توسعه مشارکت قرار گرفته است.

بحران کرونا به دلیل گستردگی و تأثیر بالا بر زندگی مردم، صحنه خوبی برای ارزیابی سیاستگذاران و مدیران حوزه سلامت در نسبت با توان و مهارت به کارگیری **ظرفیت مردمی** در صحنه‌های حساس و پرمخاطره کشور است. چنین بیماری همه‌گیری برخلاف بیماری‌های دیگر در کنار وجوه تخصصی درمانی ابعاد جدی اجتماعی دارد و گذار از وضعیت بحران نیازمند توجه به موضوع **سلامت** از دریچه و منظر مقولات اجتماعی است و هدایت صحیح **مشارکت مردم** می‌تواند نقش پررنگ و مهمی ایفا کند. گزارش حاضر با بررسی بازه زمانی بهمن‌ماه ۱۳۹۸ تا اسفندماه ۱۳۹۹ نشان می‌دهد دستگاه حاکمیتی در حوزه سلامت طی این بازه نتوانسته است از این آزمون نمره قبولی دریافت کند و عملاً از ظرفیت نیروهای داوطلب مردمی به شکل محدود و مقطعی استفاده شد که در همان حوزه محدود نیز با استانداردهای لازم فاصله زیادی داشت. در این گزارش با ذکر شواهد و دلایل ادعای مذکور درباره مشارکت مردمی در حوزه سلامت، **ساختار سازمانی مشارکت مردم** در بخش سلامت بررسی می‌شود. مهم‌ترین دلایل ضعف در حوزه مشارکت مردمی حل بحران کرونا عبارتند از:

۱- آشفتگی سازمانی و وجود ساختارهای موازی؛

۲- فقدان اثربخشی لازم طرح‌های اجرا شده ناشی از سیاستگذاری غلط و فقدان ساز و کارهای ارتباط مؤثر با مردم؛

۳- عدم توجه کافی به گونه‌های مختلف مشارکت مردمی ممکن و توقف بر گونه مشارکت ابزار.



مقدمه

در سال‌های اخیر، نه تنها تحلیل مشارکتی سیاست‌ها در رویه‌های سنتی سیاست‌گذاری تردید افکننده است، بلکه رفتار و نگرش سیاست‌گذاران را به نقد کشیده و بر نوع و محتوای سیاست‌ها نیز تأثیر گذاشته است (موسوی نژاد، ۱۳۸۳: ۷۴). موضوعی که بیش از این در زمره اهداف انقلاب اسلامی و رهبران آن قرار داشته است و همواره حضرت امام (ره) و مقام معظم رهبری مسئولان را به استفاده از همراهی و همیاری مردم دعوت کرده‌اند. از مهم‌ترین عرصه‌های مشارکت مردمی، حوزه سلامت است؛ زیرا نتایج آن به رفع نیازی از نیازهای پایه‌ای و اساسی افراد و جوامع گره خورده است. اهمیت این موضوع سبب شده که به مشارکت مردم در حوزه سلامت در بسیاری از اسناد و قوانین بالادستی کشور نیز توجه شود. براساس اصل بیست‌ونهم قانون اساسی، دولت موظف است از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را برای همه افراد کشور تأمین کند. در بند (۱۱) سیاست‌های کلی نظام در بخش سلامت، ابلاغی مقام معظم رهبری در تاریخ ۱۸ فروردین ماه ۱۳۹۳، بر افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأکید شده است. در بند «۷» ماده (۱) قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مصوب مجلس شورای اسلامی در تاریخ ۳ خردادماه ۱۳۶۷، بر استفاده از همکاری مؤسسات خیریه و بخش خصوصی و نیز انواع بیمه‌های درمانی در ایجاد و گسترش مراکز درمانی دولتی و بهبود استاندارد آنها تأکید شده است. همچنین در بند «۱۰» ماده (۱) این قانون تشویق و ترغیب افراد خیر و مؤسسات خصوصی به منظور





اقدامات حمایتی برای افسار آسب پذیر توصیه شده است. در بند «۴۴» اقدامات خروجی کار گروه نظام تأمین مالی سلامت، مندرج در نقشه تحول سلامت و دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری مصوب هیئت وزیران در تاریخ ۱۶ فروردین ماه ۱۳۹۱، بر تهیه برنامه مداخله خیرین در نظام ارائه خدمات سلامت تأکید شده است.

در این میان، به نظر می‌رسد متولیان سلامت کشور نتوانسته‌اند به شکل شایسته و به قدر کافی از توان و ظرفیت مردمی برای بهبود سلامت کشور استفاده کنند. بحران کرونا و همه‌گیری کووید-۱۹ و نوع و میزان به کارگیری مردم برای حل این بحران نمونه خوبی است که می‌تواند وضعیت موجود کشور را در حوزه مشارکت در سلامت تا اندازه‌ای شفاف سازد. در ماه‌های ابتدایی شیوع ویروس کرونا شاهد صحنه‌های بی‌بدیل و فراموش‌ناشدنی بودیم که مقام معظم رهبری نیز آن را تحسین کردند؛ اما با ورود دستگاه‌های دولتی به صحنه، بدون برنامه‌ریزی صحیح برای حفظ نقش‌آفرینی کانون‌های مردمی، عملاً فضای عمومی کنش متحول شد و کنشگری داوطلبانه مردمی به حاشیه رانده شد. در این گزارش سعی شده است ریشه این ناکارآمدی پیجویی شود. بنابراین، ابتدا ساختاری که برای تحقق این هدف در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور تعبیه شده را مرور می‌کنیم و سپس به‌طور مشخص به طرح‌های اجرا شده در کشور در حوزه مشارکت مردم در سلامت پرداخته و به‌صورت موردی آمار عملکردی آنها را در خصوص همه‌گیری کووید-۱۹ بررسی خواهیم کرد. در پایان نیز با بررسی مصوبات ستاد ملی کرونا به نقد عملکرد دولت در بازه زمانی بهمن ماه ۱۳۹۸ تا اسفندماه ۱۳۹۹ در این حوزه می‌پردازیم.



بیش از این است. همه این مشکلات، آشفتگی سازمانی مشارکت مردمی حوزه سلامت را نشان می‌دهند. با توجه به مشکلات مذکور، کارشناسان پیشنهاد تشکیل شبکه‌ای غیررسمی را دادند که از نمایندگان انتخاب شده از خانه‌های مشارکت فعال در سطح کشور و کارشناسان و خبرگان و مدیران حوزه مشارکت مردمی سلامت تشکیل شده بود و به‌منابه اتاق فکر این خانه‌ها عمل می‌کرد و قصد داشت مشکلات آنها را شناسایی و راه‌حلی برای رفع آنها اتخاذ و اجرا کند. این شبکه به نام «افخم» فعالیت می‌کند. «مجمع خیرین سلامت» سازمان دیگری در این عرصه است که از سال ۱۳۸۸ فعالیت رسمی خود را با عنوان سازمان مردم‌نهاد آغاز کرده است. این نهاد میانی به‌قصد اصلاح امور و تقویت و توسعه مشارکت مردم از طریق فعالیت فراسازمانی تشکیل شد و به‌طور مستقل هیچ نوع فعالیت مردم‌نهادی را دنبال نمی‌کرد. حضور این نهاد بر ابهام نقش‌ها افزود؛ زیرا بازیگران جدیدی را به‌ویژه از مدیران سابق حوزه سلامت وارد میدان مشارکت مردمی در حوزه سلامت کرد که هر چند ممکن بود مسئولیت مستقیم سازمانی نداشته باشند؛ اما اعمال نفوذ قابل‌اعتنایی در میان خیرین و نمایندگان اقشار مختلف داشتند و در نقش یک خیریه بزرگ ظاهر شدند.

همان‌طور که در شکل مشاهده می‌شود، دو ساختار اصلی برای پیگیری موضوع مشارکت در سلامت ذیل وزارت بهداشت و درمان وجود دارد. یکی اداره کل سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت است و دیگری خانه‌های مشارکت که ذیل کارگروه اجتماعی، فرهنگی، سلامت، زنان و خانواده استان‌ها فعالیت می‌کنند^۱ و هر دو حوزه، اداره‌های متناظری در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نیز دارند. علاوه بر اینکه طبق بند ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان موضوع ارتقای مشارکت مردمی در حوزه سلامت از وظایف کارگروه اجتماعی، فرهنگی، سلامت، زنان و خانواده است. چالش اصلی این است که درباره خانه‌های مشارکت، تفکیک و تقسیم کار دقیقی میان این دو بخش صورت نگرفته است؛ در حالی که این دو بخش به‌لحاظ شرح وظایف، حوزه مأموریتی مشابهی در جلب مشارکت مردمی دارند. بنا به اذعان مسئولان امر، معمولاً در صورتی که اداره‌های متناظر این دو مرکز در دانشگاه‌های علوم پزشکی واحد باشند، برای اجرای برنامه‌ها به مشکل بر نمی‌خورند. برای مثال در استان قزوین همین‌الگوی واحد وجود دارد؛ اما در اغلب استان‌ها این اداره‌ها جدا از هم فعالیت می‌کنند و حتی در برخی مواقع روابط کاری خوبی با هم ندارند. به‌علاوه این انفکاک باعث سردرگمی مراجعان نیز شده است. مشکلات مراجعانی که به‌صورت جداگانه با اداره کل سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت ارتباط مستقیم دارند،

۲. بررسی طرح‌های مشارکت مردمی در سلامت

ورزشکاران، کارگران، بسیج، خیرین، شهرداریان و دهیاران، ائمه جمعه، روحانیان مستقر و مبلغان دوره‌ای، هنرمندان استان (نقاشی، هنرهای تجسمی، موسیقی، فیلم و تئاتر)، انجمن‌های صنفی کارفرمایی، نهضت سوادآموزی، کانون معلمان، انجمن اولیا و مربیان، هیئت‌امنی روستایی، کمیته امداد، تسهیلگران سازمان‌های مردم‌نهاد، سازمان بهزیستی، کانون بازنشستگان کشوری و لشکری، دانشجویان و دانش‌آموزان. به‌گفته رئیس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی وزارت بهداشت، تاکنون بیش از ۴۰۰ خانه مشارکت در تمام استان‌ها به‌ویژه استان‌های مرزی به ثبت رسیده است.^۲ همچنین، به‌منظور بهینه‌سازی فعالیت خانه‌های مشارکت، شبکه‌ای با عنوان افخم در این دبیرخانه برای بررسی و رفع مشکلات خانه‌های مشارکت شکل گرفته است. براساس گزارش عملکردی که گروه هماهنگی سیاست‌های سلامت جامعه تهیه کرده‌اند، تاکنون خانه‌های مشارکت در ۲۹ استان از مجموع ۳۱ استان کشور و در ۲۸۳ شهرستان از مجموع ۴۵۶ شهرستان در سطح کشور تشکیل و مستقر شده است (گزارش عملکرد خانه‌های مشارکت، ۱۳۹۹: ۱۰).

تاکنون طرح‌های گوناگونی برای توسعه مشارکت مردمی در سلامت از سوی وزارت بهداشت اجرا شده است که در ادامه به‌صورت اجمال معرفی می‌شود.

■ خانه مشارکت مردم در سلامت

خانه مشارکت، فضایی است برای تعامل شبکه‌های مختلف مردمی و مشارکتشان در فرایند تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های سلامت در سطح استان. این خانه‌ها در سطح استان شورای مرکزی دارند که با شوراهای شهرستانی مرتبط هستند و دبیرخانه شورای شهرستانی در شبکه بهداشت شهرستان واقع شده است. در آیین‌نامه این خانه‌ها در بخش اهداف بر «استقرار نظامی برای دسترسی آسان به گروه‌های مردمی به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر و مشارکت آنان در تدوین، اجرا و پایش و ارزشیابی طرح‌های ارتقای سلامت استان» تأکید شده است. اعضای شوراهای نمایندگان تشکل‌های مردمی موجود در سطح استان هستند که به این شرح در نظر گرفته شده است: رئیس شورای اسلامی شهر و روستای استان و بیش از بیست نماینده استانی شامل منتخب سازمان‌های مردم‌نهاد، بهورزان، رابطین بهداشتی، هیئت‌های مذهبی،

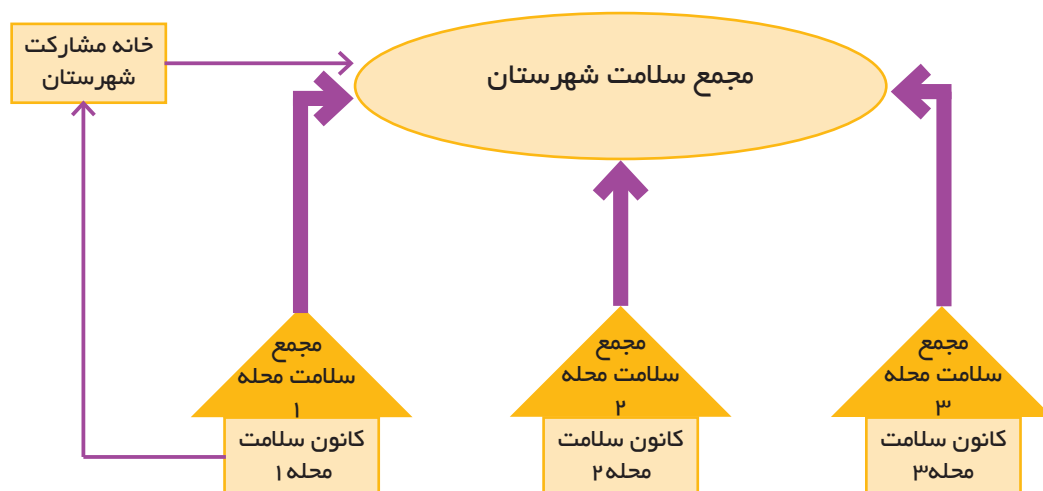
۱. دستورالعمل اجرایی خانه مشارکت استان

سلامت محله، استادان و دانشگاهیان ساکن محله و نیز بخش‌های اداری و دولتی (نماینده شورای اسلامی شهر و روستا، نماینده آموزش و پرورش، بهزیستی، رفاه و کار، بهداشت و درمان، نیروی انتظامی، محیط زیست، شهرداری/دهیاری و...) در سطح محله است (شیوه‌نامه اجرایی تشکیل کانون و مجمع سلامت محله، ۱۳۹۷: ۲). ارتباط کانون سلامت محله با مجامع سلامت و خانه‌های مشارکت در شکل ۲ آمده است.

■ کانون و مجمع سلامت محله

کانون سلامت محله، تشکلی اجتماع محور است که با مشارکت مردم در هر محله با هدف ارتقای سلامت خود، خانواده، محله و جامعه تشکیل می‌شود. کانون‌ها در کنار مجمع سلامت فعالیت می‌کنند که متشکل از نمایندگان بخش‌های مردمی شامل دبیر یا جانشین دبیر کانون سلامت به همراه مسئولان گروه‌ها، معتمدین، نماینده خیرین و سمن‌های

شکل ۲. نسبت کانون‌های سلامت با خانه مشارکت



مأخذ: شیوه‌نامه اجرایی تشکیل کانون و مجمع سلامت محله، ۱۳۹۷ ص ۹.

■ مؤسسات خیریه بیمارستانی

این مؤسسات، واحدهایی غیردولتی هستند که با مشارکت خیرین و همکاری حوزه مشارکت‌های اجتماعی دانشگاه‌ها و براساس ابلاغیه‌های معاونت اجتماعی وزارت بهداشت راه‌اندازی می‌شوند. برای ایجاد وحدت رویه در تشکیل مؤسسات خیریه، بیمارستان‌ها این فرایند را پیگیری می‌کنند:

- ۱- تهیه بانک اطلاعات خیرینی که در سنوات قبل به بیمارستان کمک می‌کردند؛
- ۲- دعوت خیرین شاخص بیمارستان به عنوان اعضای هیئت مؤسس و تبیین مراحل ثبت مؤسسه از طریق وزارت کشور و اداره ثبت شرکت‌ها
- ۳- انجام انتخابات برای مشخص شدن ارکان اجرایی مؤسسه؛
- ۴- تشکیل جلسات هیئت مدیره منتخب و انتخاب مدیر عامل و دبیر مؤسسه خیریه؛
- ۵- انجام فرایند ثبت خیریه با مراجعه به سایت وزارت کشور.

شورای هماهنگی مشارکت‌های مردمی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی این شورا به منظور سیاستگذاری و بهره‌مندی از ظرفیت مشارکت‌های

اهداف تشکیل کانون و مجمع سلامت عبار تنداز:

- ۱- ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی ساکنان محله،
- ۲- نهادینه‌سازی مشارکت و همکاری‌های مردم در توسعه سلامت محله،
- ۳- بسیج، هدایت و مدیریت ظرفیت‌های مردمی در پاسخ‌دهی به معضلات و مشکلات سلامت محله،
- ۴- سازماندهی و توانمندسازی مردم در پذیرش مسئولیت اجتماعی سلامت،
- ۵- افزایش مشارکت مؤثر، کارآمد، پویا و خلاق مردم در توسعه سلامت خود، خانواده و محله،
- ۶- تقویت روحیه خودباوری، اعتماد به نفس و احساس ارزشمند بودن مردم، از طریق مشارکت در انجام کارهای داوطلبانه و خیرخواهانه،
- ۷- تقویت شادابی و امید در شهروندان از طریق بهبود شرایط محیطی و اجتماعی و نیز ترویج سبک زندگی سالم (همان: ۵).

مشارکت‌های مردمی و فعالیت‌های داوطلبانه دانشگاه/دانشکده در حوادث و بلايا» است. برخلاف طرح‌های دیگری که پیش از این اشاره شد؛ در این شورا، ریاست و نقش محوری برعهده سرپرست دانشگاه است و مسئول حوزه سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت دبیر شورا است. درحالی که در طرح‌های دیگر دبیری جلسات برعهده مسئول مربوط از سوی وزارت بهداشت بود.

مردمی در حوزه سلامت به استناد ماده (۱۰) قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ماده (۸۰) برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، در سال ۱۳۹۹ تشکیل شده است. از جمله مهم‌ترین اهداف آن، «توسعه کمی و کیفی خدمات حوزه سلامت از طریق برنامه‌ریزی، هدایت و سازماندهی مشارکت‌های مردمی»، «جهت‌دهی، تسهیل فرایندها و یکپارچه‌سازی مشارکت‌های مردمی به منظور پرهیز از موازی کاری» و «ساماندهی

۳. اقدام‌های دولت برای استفاده از مشارکت مردمی در مواجهه با بحران کووید-۱۹ (بازه زمانی بهمن ماه ۱۳۹۸ تا اسفندماه ۱۳۹۹)

ماسک و دستکش، توزیع بیش از ۹ میلیون و ۴۷۵ هزار و ۷۰۰ لیتر مواد ضد عفونی محلول در آب، توزیع سبد معیشتی در بین اقشار نیازمند به تعداد ۱۵۶ هزار و ۴۶۴ خانواده و فعال کردن ۴۵۱ موبک اربعین برای خدمت‌رسانی به شهروندان بوده است (گزارش مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری، ۱۴۰۰: ۴۸)

فعالیت‌ها و اقدام‌های دستگاه‌های مختلف دولتی برای استفاده از مشارکت مردمی در مواجهه با بحران کرونا به شرح زیر است: وزارت بهداشت از تدوین «دستورالعمل حضور نیروهای داوطلب در مراکز درمانی» توسط معاونت درمان و همچنین «در اختیار قرار دادن اطلاعات نخبگان کشور در جهت تقویت و ارتقا سیستم و جلب همکاری نخبگان» توسط معاونت بهداشت (همان: ۱۶۴ و ۱۶۵) سخن گفته است که با وجود جستجوی زیاد، سندی در این باره به دست نیامد. معاونت پرستاری وزارت بهداشت به منظور آموزش جامعه برای مقابله با کرونا از توان اعضای هیئت علمی و دانشجویان برای حضور در مراکز و ارائه خدمات آموزشی و مشاوره‌ای استفاده کرده است که شرح آن عبارت است از:

■ ارسال اسامی ۶۷۳ نفر از گروه پرستاری داوطلب برای انجام خدمات مشاوره‌ای به مدیرعامل شرکت برکت تل در سامانه ۴۰۳۰ به منظور آموزش افراد جامعه در زمینه مقابله با ویروس کرونا.

■ معرفی داوطلبان پرستاری برای انجام خدمت در شهرستان‌های استان گیلان، اهواز، آبادان، دزفول و کاشان.

■ طراحی سامانه جذب داوطلبان در سایت معاونت پرستاری (همان: ۱۹۶ و ۱۹۷)

وزارت راه و شهرسازی در گزارش اقدام‌های کارگروه سلامت و نظارت بر رعایت پروتکل‌های بهداشتی، از تشکیل شبکه رابطین سلامت کارآمد و فعال در دستگاه‌ها تحت نظارت دبیرخانه سلامت و تحت پوشش قرار دادن تمامی توابع از طریق انتخاب همیار سلامت سخن گفته است

با ظهور نخستین نشانه‌های ابتلا به ویروس در برخی شهرها و استان‌های کشور در اوایل اسفندماه ۱۳۹۸ تشکیلاتی با عنوان «ستاد ملی مقابله با بیماری کرونا» تشکیل شد که با مصوبه ۷۳۷ شورای عالی امنیت ملی در تاریخ ۱۷ اسفندماه ۱۳۹۸ و تأیید مقام معظم رهبری رسمیت حقوقی یافت و کمیته‌های مختلف این ستاد، فعالیت خود را آغاز کردند. براساس گزارش مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری کمیته‌ها موضوعاتی را در برمی‌گیرند که عبارتند از:

- ۱- اقتصادی؛
- ۲- امنیتی و اجتماعی،
- ۳- آموزش و پرورش،
- ۴- بهداشت و درمان،
- ۵- علوم و تحقیقات،
- ۶- گردشگری و زیارتی،
- ۷- اطلاع‌رسانی،
- ۸- حمل و نقل،
- ۹- هماهنگی و پشتیبانی (گزارش مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری، ۱۴۰۰: ۳۵).

بنابراین گزارش، مصوبه هفتم ستاد مقابله با کرونا به بسیج نیروهای داوطلب هلال احمر و مصوبه دهم به بسیج سازمان‌های مردم‌نهاد توسط هلال احمر اختصاص دارد. همچنین، از اهم اقدامات کمیته امنیتی، اجتماعی و انتظامی، تدوین، ابلاغ و نظارت بر حسن اجرای طرح ساماندهی مشارکت‌های مردمی در پیگیری، کنترل و مقابله با کروناست که از نتایج آن جمع‌آوری و توزیع ۳۴۵ میلیارد تومان کمک مالی به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور، فعال‌سازی بیش از ۲۴ هزار و ۱۰۸ گروه جهادی در سطح محلات کشور با ۲۸۵ هزار و ۹۱ نفر نیرو، راه‌اندازی بیش از ۲ هزار و ۶۸۵ کارگاه‌های محلی تولید ماسک، تولید و توزیع بیش از ۹ میلیون و ۸۸۳ هزار و ۳۵۲ عدد



۱۰ میلیارد ریال برای افراد نیازمند و آسیب‌پذیر و اجرای طرح احسان ماندگار و توزیع بسته‌های معیشتی به افراد کم‌برخوردار یاد کرده است (همان: ۲۹۶).

وزارت کشور از طرح بسیج جلوگیری از انتشار ویروس کرونا در مبادی خروجی (تب‌سنجی) گزارش داده است. نتایج اجرای این طرح که از ۲۵ اسفندماه ۱۳۹۸ تا ۸ فروردین‌ماه ۱۳۹۹ اجرا شده، در جدول پیش‌رو آمده است.

(همان: ۲۵۳). وزارت علوم در عملکرد خود به اقدام انجمن‌های علمی برای تعامل و مکاتبه با انجمن‌های بین‌المللی و منطقه‌ای متناظرشان؛ اقدام دانشگاه‌های شناخته شده به منظور تعامل و مکاتبه با مجامع منطقه‌ای و بین‌المللی؛ اقدام گروه‌های دانشگاهی برای تعامل و مکاتبه با مجامع منطقه‌ای و بین‌المللی اشاره کرده است (همان: ۲۸۹ و ۲۹۰). وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، از کمک به ۳۹ مؤسسه خیریه به مبلغ

جدول ۱. عملکرد وزارت کشور در کنترل مبادی خروجی

تعداد پست پایش ایجادشده توسط جمعیت هلال احمر	تعداد افراد کنترل‌شده	تعداد خودروهای کنترل‌شده	تعداد افراد ارجاع‌شده به نظام سلامت	تعداد نیروهای امدادی
۳۹۴ پست پایش	۵۱۷۴۰۵۰ نفر	۱۴۳۷۸۷۱ خودرو	۳۵۸۸ نفر	۲۱۰۰ نفر در هر روز

همین منظور در ۶۱ استان کشور و ۳۳ مرز رسمی هماهنگی و استقرار نیروهای امدادی از تاریخ ۰۲ اسفندماه ۹۹۳۱ صورت پذیرفته است که گزارش آن تا ۰۱ خردادماه ۰۰۴۱ در جدول زیر آمده است.

طبق مصوبات پنجاه‌ونهمین جلسه ستاد ملی مدیریت بیماری کرونا، مسئولیت کنترل بهداشتی مسافران ورودی از مبادی مرزهای رسمی کشور، زمینی، هوایی و دریایی، به جمعیت هلال احمر واگذار شد و به

جدول ۲. نیروهای امدادی در کنترل مبادی خروجی

نوع مرز	تعداد پیش‌بینی‌شده	تعداد فعال‌شده	فعالیت نیروها
زمینی	۱۹	۱۶	۲۹۹
هوایی	۱۱	۱۰	۱۶۴
دریایی	۲	۲	۸
	۳۳ مرز	۲۸ مرز	۴۷۱ نفر

نیازمندی‌های شبکه بهداشت و همکاری با آنها، راه‌اندازی کارگاه‌های تولید ماسک و گان در استان‌ها و اماکن مقدس و استفاده از ظرفیت ۵۲ هزار پایگاه فرهنگی هنری مساجد سراسر کشور در راستای مبارزه با بیماری کرونا (مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری، ۰۰۴۱: ۷۹۳).

سازمان حج و زیارت، اقدام‌های مشارکتی و جهادی خود را در بهره‌گیری از ظرفیت و توانمندی خیرین برای تهیه ماسک و اقلام بهداشتی چنین بیان کرده است: اختصاص برخی از مجتمع‌های فرهنگی و زیارتی برای نقاهتگاه بهبودیافتگان از بیماری کرونا، فعال کردن درمانگاه‌های بقاع متبرکه در راستای

۴. بررسی عملکرد سازمان هلال احمر و بسیج (از جمله بسیج جامعه پزشکی) در بحران کوید-۱۹

کیلومتر، وسایل نقلیه شخصی و عمومی شامل ۵۴ هزار واحد اتوبوس، تاکسی و سواری، ۱۱ هزار واگن قطار شهری و بین شهری، اماکن عمومی شامل ۱۰۸ گرم خانه، ۶۷ زندان، ۴۶۵۶ مسجد، ۱۱۹۲ همراه سرا و ۶۷ هزار مکان از سایر اماکن به وسيله ۵ میلیون و ۳۶۲ هزار لیتر مواد ضد عفونی کننده و ۳۲ هزار لیتر الکل اهدایی مردم.

■ پیگیری و هماهنگی به منظور تأمین هزینه تعداد ۵۰ دستگاه ونتیلاتور به ارزش ۶۱ میلیارد و ۱۳۹ میلیون ریال با مشارکت و حمایت خیرین، داوطلبان و بنگاه‌های اقتصادی.

■ اجرای کمپین نفس شامل توزیع ۲۰۰۰ کپسول اکسیژن و ۴۰۰ دستگاه اکسیژن ساز.

■ تأمین مبلغ ۱۸ میلیارد و ۹۲۸ میلیون و ۸۲۲ هزار و ۸۰ ریال از سوی خیرین به منظور تأمین تجهیزات مورد نیاز معاونت بهداشت، درمان و توانبخشی برای راه اندازی کلینیک مربوط به بیماری فلج مغزی و نقص عضو (گزارش مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری، ۱۴۰۰: ۳۸۳ و ۳۸۴).

۴-۲. مدیریت تشکل‌های مردم‌نهاد در جذب مشارکت‌های مردمی

بخشی از خدمات و کمک‌های مؤنانه‌ای که در زمینه مبارزه با کرونا صورت گرفت، از طریق تشکل‌های مردم‌نهادی بود که با مجوز و مدیریت جمعیت هلال احمر اقدام به جمع‌آوری و توزیع کمک‌های مردمی کرده بودند. در این زمینه، سازمان داوطلبان جمعیت با صدور ۴۷ مجوز برای خیریه‌ها و تشکل‌های مردم‌نهادی که متقاضی مشارکت در موضوع کرونا بودند، به مدیریت و سازماندهی آنها پرداخت و زمینه فعالیت تشکل‌های مردم‌نهاد در چهار حوزه را مشخص کرد:

۱ گندزدایی و ضد عفونی معابر و اماکن؛

۲ معین بیمارستان‌های بیماران کرونایی؛

۳ تهیه و توزیع بسته‌های معیشتی برای خانوارهای آسیب‌دیده از کرونا؛

۴ آموزش و توزیع بسته‌های بهداشتی در اماکن و مناطق پرخطر
نتایج این اقدامات عبارتند از:

■ جمع‌آوری کمک‌های نقدی از سوی تشکل‌های مردم‌نهاد به مبلغ ۵۷۴ میلیارد و ۴۸۷ میلیون و ۴۰۲ هزار ریال.

■ جمع‌آوری کمک‌های غیر نقدی به ارزش ۵۸۶ میلیارد و ۸۸۶ میلیون و ۴۵۹ هزار ریال.

■ ارزش کل کمک‌های نقدی و غیر نقدی جمع‌آوری شده بیش از ۱ تریلیون و ۱۶۱ میلیارد و ۳۷۳ میلیون و ۸۶۱ هزار ریال.

■ توزیع ۲۳۸ هزار و ۶۶۳ سبد معیشتی با میانگین قیمت ۲ میلیون و

از آنجا که سازمان‌هایی همچون هلال احمر و بسیج مستضعفین، مأموریتی ویژه در به‌کارگیری و مشارکت مردم دارند، در این گزارش به بررسی اقدام‌های آنها به صورت جداگانه می‌پردازیم. اقدام‌های سازمان هلال احمر در سه حوزه «جذب مستقیم مشارکت‌های مردمی در خصوص پیشگیری و مبارزه با کرونا»، «مدیریت تشکل‌های مردم‌نهاد در جذب مشارکت‌های مردمی» و «اقدامات آموزشی ترویجی و برگزاری پویش‌های مردمی حوزه جوانان و داوطلبان» شرح داده خواهد شد. اقدام‌های سازمان بسیج مستضعفین نیز در قالب طرح شهید سلیمانی توضیح داده می‌شود.

۴-۱. جذب مستقیم مشارکت‌های مردمی

■ برگزاری فراخوان جمع‌آوری کمک‌های مردمی توسط مراکز استان‌ها و شعب جمعیت هلال احمر در سراسر کشور با همکاری ۱۰۰۰ خانه هلال و مشارکت ۷۹ هزار و ۵۱۳ داوطلب به میزان ۱ میلیون و ۴۶۷ هزار و ۵۴۴ نفر ساعت.

■ مجموع کمک‌های نقدی و غیر نقدی جمع‌آوری شده به مبلغ ۱۷۸۰ میلیارد ریال.

■ تجمیع مبلغ ۶۱۰ میلیارد ریال کمک‌های نقدی مردمی در حساب‌های کشوری جمعیت.

■ ساماندهی و هدایت کمک‌های غیر نقدی مردمی به ارزش ۱۱۷۰ میلیارد ریال.

■ تهیه و توزیع ۸۵۲ هزار و ۵۰۳ پک و بسته بهداشتی اهدایی مردم در بین اقشار آسیب‌پذیر و بیماران خاص با هماهنگی وزارت بهداشت.

■ تهیه و توزیع ۶۴۴ هزار و ۳۹۲ بسته و سبد حمایتی و معیشتی اهدایی مردم در بین خانوارهای آسیب‌دیده از کرونا. لازم به توضیح است از این

تعداد، ۸۰ هزار سبد غذایی به ارزش ۲۴۰ میلیارد ریال از محل کمک نقدی فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر تهیه و توزیع شد.

■ برپایی ۱۰۴۲ کارگاه تولید ماسک و لباس سرهمی بیمارستان توسط داوطلبان خانه‌های هلال و تولید ۶ میلیون و ۵۵۷ هزار و ۶۵۰ ماسک، ۲۳۲ هزار جفت دستکش و ۸۱ هزار لباس سرهمی.

■ ترغیب و تشویق داوطلبان به اهدای خون با توجه به کمبود ذخیره خون در کشور و اهدای ۳۷ هزار واحد خون توسط داوطلبان.

■ پوشش ۲۰۸۹ منطقه از مناطق حاشیه‌نشین و کم‌برخوردار و اجرای پروژه و طرح‌های پیشگیری از کرونا.

■ ارسال ۳ میلیون و ۱۰۰ هزار پیامک و تهیه و توزیع ۷۵۳ هزار بروشور به منظور آگاه‌سازی داوطلبان و عموم مردم و دعوت به همکاری برای شرکت در پروژه‌ها و برنامه‌های جمعیت هلال احمر.

■ ضد عفونی و گندزدایی ۲۷ هزار معبر و خیابان به مسافت ۱۲۴ هزار



- راهنمایی عزاداران برای رعایت فاصله اجتماعی.
- استفاده از مواد بهداشتی ضد عفونی کننده و هدایت عزاداران به استفاده از آن.
- مشارکت فعال در ضد عفونی کردن محل برگزاری مراسم قبل و بعد از هر برنامه.
- همکاری در نشانه گذاری برای تعیین فواصل استقرار عزاداران.
- همکاری در اجرای طرح شهید حاج قاسم سلیمانی با تلاش سازمان جوانان و داوطلبان جمعیت هلال احمر با انعقاد تفاهمنامه همکاری جمعیت هلال احمر و بسیج جامعه پزشکی با موضوع همکاری و مشارکت در اجرای وظایف تیم‌های مراقبتی و حمایتی سلامت، مدیریت و کنترل اپیدمی کووید-۱۹ به شیوه محله محور صورت گرفت. جزئیات این طرح و همچنین دو طرح آمران و ناظران سلامت در ادامه بیان خواهد شد. تا پایان دولت قبل، در طرح شهید سلیمانی ۳۸۲ شعبه جمعیت هلال احمر طی ۸۸ روز فعالیت کردند (گزارش مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری، ۱۴۰۰: ۳۸۶ و ۳۸۸).

۴-۴. طرح آمران سلامت (برای دعوت مردم به رعایت شیوه‌نامه‌های بهداشتی)

این طرح در پی فرمایش رهبر معظم انقلاب به منظور استفاده از نیروهای داوطلب برای مقابله با کرونا توسط سازمان هلال احمر اجرا شد. رئیس جمعیت هلال احمر کشور در این باره می‌گوید: «۱۳ هزار نفر از اعضای جوان جمعیت هلال احمر کشور در قالب ۴ هزار و ۳۰۰ تیم به مدت ۱۰ روز طرح آمران سلامت را اجرا کردند»^۱. در این طرح آمران سلامت با توصیه و تذکر از شهروندان می‌خواهند که از ماسک استفاده کنند و حتی به توزیع ماسک بین شهروندان و مواد ضد عفونی کننده می‌پردازند. پیش از اجرای این طرح نیز امدادگران، نجاتگران، جوانان و داوطلبان هلال احمر طرح ملی پایش و غربالگری کووید-۱۹ را در مبادی ورودی و خروجی استان‌های کشور اجرا و برگزار کرده بودند.

۴-۵. طرح ناظران سلامت (به منظور قطع زنجیره ویروس کرونا)

در این طرح ارزیابی و نظارت بر اماکن تهیه و توزیع واحدهای صنفی، ادارات، مراکز ارائه خدمات مردمی، نظارت بر پروتکل‌های بهداشتی ادارات، بانک‌ها، مدارس، محل‌های تجمع، بازارها و میادین میوه و تره‌بار با بهره‌گیری از لیست‌های مرتبط با هر صنف که توسط کارشناسان بهداشت محیط مراکز جامع خدمات سلامت در اختیار جمعیت هلال احمر قرار گرفته، انجام می‌شود. در عین حال، همکاری در آموزش عمومی کسبه، اصناف و...، همکاری در ضد عفونی اماکن و معابر و محل‌های تجمع و همکاری با تیم‌های مراقبت و حمایت از دیگر اقدام‌هایی است که از سوی جمعیت هلال احمر در این طرح انجام می‌شود.^۲

- ۳۰۲ هزار و ۳۰۶ ریال در بین خانواده‌های نیازمند و آسیب‌دیده از کرونا.
- آموزش و توزیع ۳۱۹ هزار و ۸۱۶ بسته بهداشتی در اماکن و مناطق پرخطر با میانگین قیمت ۲۰۵ هزار و ۲۹۹ ریال.
- ۱۹ تشکل مردم‌نهاد معین ۲۴ بیمارستان استان تهران شدند.
- برخوردار شدن ۲۶۱ بیمارستان و مرکز درمانی در سطح کشور از کمک‌های تشکل‌های مردم‌نهاد.
- تهیه و توزیع بیش از ۱۲۸ هزار و ۶۳۴ ماسک فیلتردار.
- تهیه و توزیع بیش از ۸۸۱ هزار و ۲۰۰ ماسک معمولی.
- تهیه و توزیع بیش از ۱۴۷ هزار و ۴۵۰ ماسک N۹۵.
- تهیه و توزیع بیش از ۷۲۶۰ ماسک سوپاپدار.
- تهیه و توزیع بیش از ۱ میلیون و ۳۳۵ هزار دستکش.
- تهیه و توزیع بیش از ۳ میلیون و ۴۸ هزار و ۳۰۲ لیتر مواد ضد عفونی کننده.
- تهیه و توزیع بیش از ۲۲ هزار و ۵۶۵ لیتر الکل.
- تهیه و توزیع بیش از ۴۴ هزار و ۷۲۰ گان بیمارستانی.
- تهیه و توزیع بیش از ۵۵ هزار و ۱۷۶ لباس ایزوله بیمارستان (گزارش مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری، ۱۴۰۰: ۳۸۴ و ۳۸۵).

۴-۳. اقدام‌های آموزشی ترویجی و برگزاری پوشش‌های مردمی

برخی از این اقدامات عبارتند از: پوشش‌های مردمی «به هم دلگرمیم»، «دستیار رمضان»، «من یک داوطلب هستم»، «هدای نفس» و بسته‌های عیدانه و اعزام ۲۷۲ کاروان سلامت به مناطق محروم و دورافتاده با هدف ارائه خدمات، برپایی ۱۳۵۸ چادر سلامت و ارائه خدمات سلامت، اجرای بیش از ۱۳۰۰ پروژه داوطلبی در سراسر کشور، اجرای طرح نیابت و بازدید از ۶۴۲ سرای سالمندان و معلولین، آموزش ۱۶ هزار داوطلب در دوره‌های آموزشی عمومی و تخصصی و چند طرح سراسری از جمله طرح نذر سلامت، همکاری در طرح شهید سلیمانی و طرح‌های آمرین و ناظرین سلامت. جمعیت هلال احمر به منظور انسجام بخشی و اجرای پروتکل‌های بهداشتی در مراسم‌های محرم سال ۱۳۹۹ طرح نذر سلامت را به مدت ۱۳ روز در دهه اول محرم و به مدت ۲ روز همزمان با ربیعین حسینی در بیش از ۲۰۰۰ هیئت بزرگ کشور برگزار کرد. این پوشش با حضور حدود ۲۲ هزار جوان داوطلب عضو جمعیت هلال احمر در قالب تیم‌های دونفره، سه‌نفره و پنج‌نفره در سراسر کشور با شرح اقدامات زیر انجام شد:

- تب‌سنجی و غربالگری افراد دارای علائم بیماری در ورودی هیئت‌ها.
- ارائه توصیه‌های بهداشتی لازم به عزاداران در هر برنامه توسط عضو توانمند و آموزش دیده تیم.
- کنترل پوشش ماسک عزاداران و راهنمایی افراد بدون ماسک برای دریافت ماسک داخل هیئت.

1. Fna.ir
2. Isna.ir

جذب و بهره‌برداری از کمک خیرین و داوطلبین در طرح شهید سلیمانی اقدام‌های زیر صورت گرفته است:

- ایجاد تالار گفتگو با نمایندگان منتخب داوطلبین و خیرین سراسر کشور به منظور دسترسی و تسهیل در ایجاد ارتباط مؤثر و سریع در تمام ساعات شبانه‌روز.
- تشکیل جلسه مشورتی مجازی با مجمع خیرین سلامت به منظور معرفی و تشریح اهداف طرح آموزش، بیماریابی و جداسازی مدیریت کرونا (طرح شهید قاسم سلیمانی) برای پیشبرد بهتر و سریع امور و تأکید بر انجام تعهدات و بررسی درخواست‌های مدنظر سازمان اورژانس.
- ارسال بسته‌های آموزشی مجازی هشت و پنجاه ساعته برای نمایندگان سراسر کشور به منظور آماده‌سازی داوطلبان.
- راهنمایی داوطلبان و معرفی داوطلبان غیرتهرانی به مراکز استانی.
- اعلام فهرست داوطلبان منتخب استان تهران و فهرست داوطلبان آموزش‌دیده سراسر کشور.
- مشارکت داوطلبان سلامت در طرح پاسخگویی به سؤالات کرونایی در زمان آغاز فراگیری و حمایت از دیسپچ در (CENTERCALL) گزارش مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری، (۱۴۰۰:۱۷۶).
- مهم‌ترین اقدامات صورت گرفته توسط بخش‌های مختلف دولت را می‌توان در قالب آنچه در جدول زیر آمده است، خلاصه کرد.

۴-۶. طرح حافظان سلامت محله‌ها / شهید قاسم سلیمانی (برای قرنطینه افراد مشکوک یا مبتلا به کرونا)

این طرح با هدف غربالگری و شناسایی زودهنگام مبتلایان به کووید-۱۹ از در منازل در سراسر استان‌ها اجرا شد. وزارت بهداشت، سپاه صاحب‌الزمان (عج) و پایگاه‌های بسیج سازمان بسیج مستضعفین، بسیج جامعه پزشکی، هلال احمر و بسیاری از ارگان‌های دیگر در قالب سه تیم با عناوین گروه‌های مراقبتی، نظارتی و حمایتی این طرح را اجرا کردند. در تیم مراقبتی، پزشکان، پرستاران و مراقبان سلامت به شناسایی و درمان بیماران و افراد در تماس با این بیماران می‌پردازند. تیم حمایتی، وظیفه توزیع کمک‌های مؤمنانه مردم و سازمان‌ها را بین اقشار آسیب‌پذیر برعهده دارد. بسیجیان در این تیم برای خرید آنچه بیماران مبتلا به کرونا به آن نیاز دارند، اقدام می‌کنند. تیم‌های نظارتی نیز برای نظارت بر رعایت پروتکل‌های بهداشتی در واحدهای تهیه و توزیع مواد غذایی، اصناف و مراکز ارائه خدمات نظارت دارند تا میزان سرایت بیماری از این طریق، به حداقل برسد. مسئولیت پشتیبانی این طرح شهید سلیمانی به سازمان اورژانس کشور محول شده بود و تاکنون این طرح در پنج فاز اجرا شده است که در آخرین فاز، بسیجیان وارد فرایند واکسیناسیون هم شدند. به گزارش مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری در راستای

جدول ۳. مهم‌ترین اقدامات دولت (بازه زمانی بهمن ماه ۱۳۹۸ تا اسفندماه ۱۳۹۹) برای مشارکت مردم در مواجهه با کووید-۱۹

عنوان سازمان / نهاد	مهم‌ترین اقدامات صورت‌گرفته
معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	تهیه دستورالعمل حضور نیروهای داوطلب در مراکز درمانی
معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	در اختیار قراردادن اطلاعات نخبگان کشور
معاونت پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	طراحی سامانه جذب داوطلبان
وزارت راه و شهرسازی	طرح همیار سلامت
وزارت علوم و تحقیقات	اقدام به تعاملات منطقه‌ای و بین‌المللی
وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی	طرح احسان ماندگار
وزارت کشور	تب‌سنجی در مبادی خروجی شهرها و مرزهای کشور
سازمان حج و زیارت	اختصاص فضای بقاع متبرکه و مساجد برای تولید ماسک و گان
هلال احمر	بسیج داوطلبان و خانه‌های هلال، تعریف چهار حوزه کاری برای تشکل‌های مردم‌نهاد و اجرایی پوی‌های مختلف مردمی



مان‌طور که مشاهده می‌شود اثری از به‌کارگیری و فعال‌سازی طرح‌های گذشته در حوزه مشارکت مردمی سلامت برای مواجهه با کرونا دیده نمی‌شود. همچنین ساختار سازمانی مشارکت مردمی در سلامت مورد توجه نیست و مسئولان مربوطه بنا به اذعان صریح خود ایشان، در کار گروه‌ها و جلسات برنامه‌ریزی برای مواجهه با کووید-۱۹ دعوت نشده و از توان و ظرفیت آنها و مجموعه ذیل آنها به صورت رسمی بهره گرفته نمی‌شود. لذا این سؤال به ذهن می‌آید که کارکرد استقرار چنین ساختاری در درون دولت چه بوده و چیست!!!! زیرا همان‌گونه که گفته شد نه در مواقع غیر بحرانی الزامی به پیشبرد امور صرفاً از مجرای این ساختار وجود دارد و نه در مواقع بحران به آنها به مثابه حائزین مسئولیت سازمانی مراجعه می‌شود. هر چند نقدهایی به ساختار سازمانی و طرح‌های پیشین مشارکت در سلامت وارد است که به موارد متعددی از آنها در گفتگو با مسئولان مربوطه آگاه شدیم اما بی‌شک تجربه و دانش اندوخته ارزشمندی نیز در این میان قابل پیجویی است که غیرقابل چشم‌پوشی به نظر می‌رسد. این تجربه و دانش در کنار احساس مسئولیت اجتماعی حتی سبب شده است که فعالان برخی از طرح‌های پیشین، به صورت خودجوش اقدام‌هایی را در مواجهه با بحران کووید-۱۹ دنبال کنند که به عنوان مثال به تلاش‌های خانه‌های مشارکت در ادامه اشاره می‌شود.

براساس گزارش ارائه شده دبیرخانه ساغ از ۲۵ خانه مشارکت استانی طی بحران کرونا تا نیمه اول سال ۱۳۹۹، بیشترین نوع اقدام‌های انجام شده به ترتیب مربوط به چهار حیطه اصلی است که عبارتند از:

- ۱ آموزش، اطلاع‌رسانی و توانمندسازی (۳۸/۱ درصد)؛
- ۲ تأمین بسته‌های حمایتی (۲۹/۴ درصد)؛
- ۳ همکاری و نظارت در اجرای دستورهای بهداشتی (۲۷/۶ درصد)؛
- ۴ مطالبه‌گری و حمایت‌طلبی (۳/۸ درصد) (گزارش عملکرد خانه‌های مشارکت، ۱۳۹۹: ۱۱).

در حیطه اول، تشکیل شبکه مجازی برای اطلاع‌رسانی و توانمندسازی

جدای از نکته فوق‌الذکر، نقدهایی جدی بر اقدام‌های دولت در نسبت با وضعیت ایدئال و در نسبت با گونه‌ها و روش‌های مختلف مشارکت وارد است که در ادامه بحث و بررسی خواهد شد.

اگر بخواهیم اقدام‌های صورت گرفته توسط دولت در بازه مذکور را براساس مدل آرنستاین (Arnestein, ۱۹۶۹) معروف به نردبان مشارکت که سطوح مشارکت مردم را به سه دسته تقسیم می‌کند، نقد و بررسی کنیم؛ باید گفت بیشتر اقدام‌هایی که از نظر گذراندیم متأسفانه در دسته عدم مشارکت حقیقی و مشارکت ظاهری یا جزئی قرار می‌گیرد. برای توضیح این امر لازم است مدل آرنستاین را قدری شرح دهیم.

شکل ۳. پله‌های نردبان آرنستاین



مأخذ: Arnestein, ۱۹۶۹ به نقل از خادم‌الحسینی و دیگران، ۱۳۹۱.

اطلاع‌رسانی، مشاوره و کسب نظر شهروندان در صورتی که واقعی باشد و جریان اطلاعات، یک‌سویه نباشد، مفید است (خادم‌الحسینی و دیگران، ۱۳۹۱). مشابه این موارد را در طرح شهید سلیمانی شاهد بودیم با این تفاوت که متأسفانه در این طرح جریان اطلاعات یک‌سویه بود و اطلاع‌رسانی، مشاوره و تسکین بخشیدن در این طرح همان‌طور که آرنتس‌تاین می‌گوید، نوعی مشارکت ظاهری یا جزئی بود و با وضعیت ایدئال مشارکت فاصله زیادی داشت. اما سه پله اصلی مشارکت، شراکت، قدرت قانونی (تفویض شده) و اختیار شهروندان است که معادل مشارکت نقش آفرین، فعال و تعاملی و خوداب‌تکار در مدل وینکلاسن و میلر است. در مرحله آگاه‌سازی و مشاوره، افراد شرکت‌کننده اجازه بیان انتقاد و پیشنهاد دارند؛ اما هنوز حق مشارکت در تصمیم‌نهایی را ندارند؛ اما از این مرحله به بعد، نقش فعال در تصمیم‌گیری پیدا می‌کنند. در مرحله قدرت قانونی، افراد موقعیت روشن و قدرت قانونی در تصمیم‌گیری دارند (اعظمی و دیگران، ۱۳۹۵: ۷۳-۴۷) که ما هنوز شاهد این نوع مشارکت در حوزه سلامت در کشور نیستیم. حتی در پله‌های قبلی مشارکت هم با کیفیت پایینی عمل می‌کنیم؛ بنابراین، هر چند براساس گزارش‌های ارائه شده از سوی وزارتخانه‌ها و سایر دستگاه‌های دولتی، اقدام‌های زیادی برای مقابله با همه‌گیری کووید-۱۹ در کشور با کمک مردم صورت گرفته است، اما هنوز با شکل ایدئال و واقعی مشارکت فاصله بسیار زیادی داریم و این موضوع از اثربخشی اقدامات صورت گرفته کاسته است.

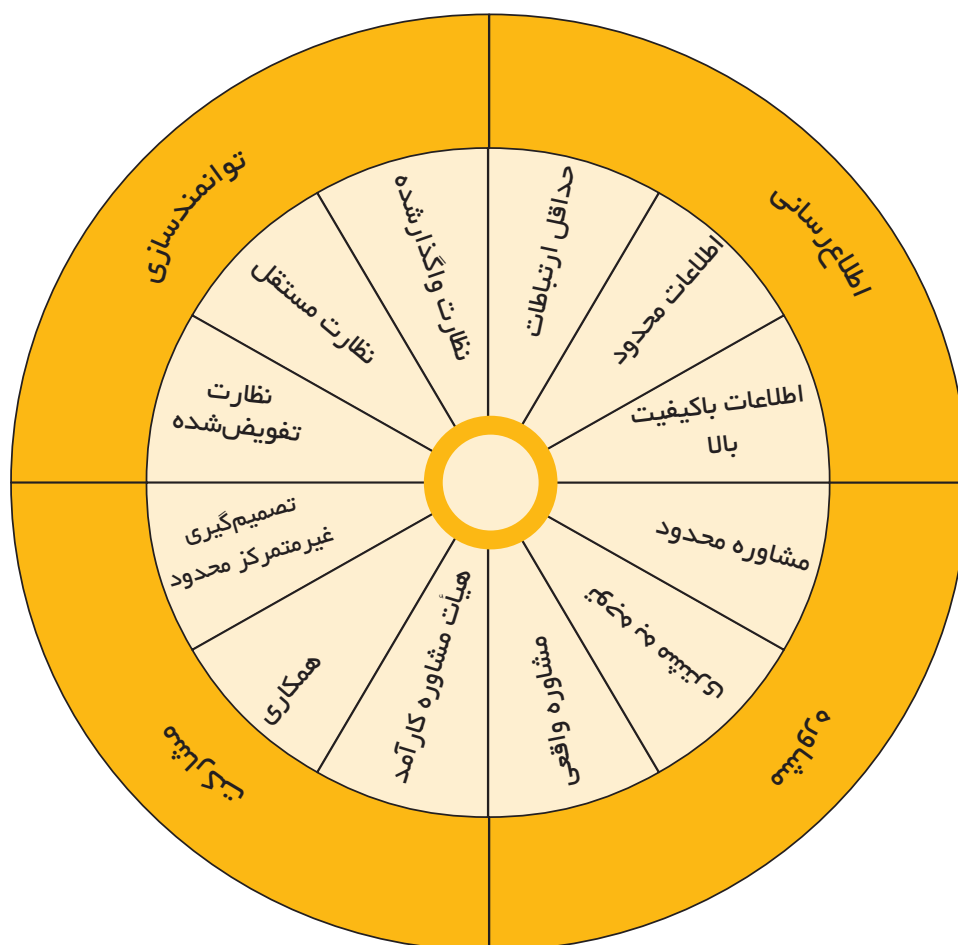
اسکات دیویدسون نیز سطوح مختلفی از مشارکت را برای چهارگونه اطلاع‌رسانی، مشاوره، مشارکت و توانمندسازی در مدل گردونه مشارکت خود مطرح می‌سازد که براساس آن می‌توان گفت در ایران در زمینه مشارکت مردمی در حوزه سلامت، در محور مشاوره، به مشاوره محدود و نه واقعی و براساس توجه به مشتری متوقف شده‌ایم و در محور اطلاع‌رسانی، به اطلاعات محدود با حداقل ارتباطات بسنده کرده‌ایم. در محور نظارت، نظارت مستقل و نظارت تفویض شده را اعمال نکرده‌ایم، بلکه گونه وابسته و واگذار شده را به اجرا درآورده‌ایم.

براساس این مدل در پایین‌ترین سطح مشارکت، هیچ قدرتی برای شهروندان وجود ندارد. شکل مشارکت یا دستکاری است یا درمان. دستکاری یعنی سازمان‌های دولتی، شکل‌های ساختگی از مشارکت را تدارک دیده‌اند که هدف واقعی آنها، آموزش شهروندان برای قبول کارهایی است که از قبل تکلیفش روشن شده است، مشابه آنچه در دو طرح آمرین و ناظرین سلامت از سوی وزارت بهداشت در ایران با کمک سازمان هلال احمر برای کنترل کرونا اجرا شد. زیرا در این دو طرح هر چند از نیروی‌های داوطلب هلال احمر استفاده شده است، همه تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها از پیش معین شده بود و مشارکت مردم فقط برای اجرای این برنامه‌ها بود.

درمان در مدل آرنتس‌تاین، اما نوعی مشارکت غیرصادقانه و خودخواهانه است که هدفش، یافتن راه‌چاره‌ای برای رد کردن دیدگاه‌ها و رفتارهایی است که سازمان مربوطه، با آن موافق نیست، اما نمی‌تواند نظر خود را آشکارا بیان کند؛ بنابراین در پوشش نظرخواهی از شهروندان، آن دیدگاه‌ها را رد می‌کند. این موضوع در ایران معنا و مصداق نیافت؛ زیرا وزارت بهداشت و ستاد مقابله با کرونا به دلیل اقتدار تمام‌عیاریشان به راحتی و آشکارا مخالفت خود را با روش‌هایی که اتفاقاً طیف گسترده‌ای از مردم به آن اقبال داشتند، مانند روش‌های طب سنتی را اعلام و اعمال می‌کردند. اما در کشورهای حوزه اروپای شمالی از جمله انگلستان از این نظرخواهی از مردم در مدیریت کرونا استفاده شد که در گزارش دیگری با موضوع تجربه‌های خارجی در این زمینه، به آن پرداخته خواهد شد. برای توضیح این دو نوع مشارکت از عبارت‌های دیگری هم استفاده شده است برای مثال وینکلاسن و میلر (VeneKlasen & Miller, ۲۰۰۲) دو نوع مشارکت ذکر شده را مشارکت اجباری و مشارکت ابزاری می‌نامند؛ یعنی نیروهای مردمی یا فقط یک راه برای مشارکت و همراهی دارند یا به ابزاری برای تحقق هر چه بهتر تصمیمات دولت تبدیل می‌شوند.

اما پله‌های دیگر نردبان آرنتس‌تاین، اطلاع‌رسانی و مشاوره است. این مرحله به معنای آگاه کردن شهروندان از حقایق موجود درباره برنامه‌های حکومت و نیز حقوق و مسئولیت‌های آنان و راهکارهای موجود است.

شکل ۴. گردونه مشارکت دیویدسون



مأخذ: Davidson, ۱۹۹۸، به نقل از کشتکار و رحیمی، ۱۳۹۴.

برای کسب مشروعیت سیاسی اجتماعی است.

۳ مشارکت فزاینده: شیوه برخورد دولت با مشارکت به شکلی دوگانه است و با وجود حمایت از آن در موضع گیری‌های رسمی، عملاً هیچ اقدام مؤثری در مسیر تحقق پیشنهادهای مشارکتی انجام نمی‌دهد.

۴ مشارکت واقعی: در این شیوه، دولت به‌طور کامل از مشارکت اجتماعی حمایت می‌کند و از طریق ایجاد سازوکارهایی برای ورود مؤثر اجتماعی محلی در تمامی زمینه‌ها تلاش می‌کند. بر این اساس، دولت متعهد به هماهنگی و همراستاسازی فعالیت‌های مشارکتی از طریق آموزش، توانمندسازی، ایجاد ظرفیت و نظایر آن است (حبیبی و سعیدی رضوانی، ۱۳۸۴: ۱۸).

براساس آمار ارائه شده از سوی مسئولان اداره کل سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت میزان مشارکت‌های مردم با دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی طی بحران کرونا از آغاز تا پایان سال ۱۳۹۹ به شرح زیر است:

اگر بخواهیم موضوع مشارکت مردمی در حوزه سلامت در ایران را براساس نظریه جیمز میجلی هم توضیح دهیم، باید به این نکته نیز اشاره کنیم که معمولاً به شیوه ضد مشارکتی، هدایت‌کننده و فزاینده و نه واقعی عمل شده است. میجلی مبتنی بر پاسخ دولت‌ها از چهار شیوه مشارکت سخن می‌گوید:

۱ ضد مشارکتی: طرفداران این شیوه به سرکوب مشارکت توده‌ها معتقدند. حکومت اجازه مداخله و مشارکت همگانی در تدوین سیاست‌ها را که ممکن است با اهداف کلان اجتماعی و اقتصادی آنها تعارض داشته باشد، نمی‌دهد.

۲ مشارکت هدایت‌کننده: در این شیوه، دولت از مشارکت اجتماعات محلی با انگیزه‌های پنهانی حمایت می‌کند. از جمله اهدافی که در این شیوه دنبال می‌شود، استفاده ابزاری از مشارکت برای اجرای طرح‌ها و برنامه‌های مدنظر، کنترل جنبش‌ها و اجتماعات محلی و استفاده از جاذبه‌های مشارکت

جدول ۴. مشارکت مردمی سلامت در حوزه کووید-۱۹

ارزش مشارکت	قشر مشارکت‌کننده
حدود ۵۰۳ میلیارد تومان	خیرین سلامت
حدود ۲۶۹ میلیارد تومان	مؤسسات خیریه بیمارستانی
حدود ۲۰۰ میلیارد تومان	سازمان‌های مردم‌نهاد و مؤسسات خیریه
حدود ۱۲۱ میلیارد تومان	گروه‌های داوطلب سلامت
حدود ۱۵ میلیارد تومان	شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی و دستگاه‌های همکار دولتی
حدود ۱۵۰۷ میلیارد تومان	جمع

مأخذ: نتایج تحقیق حاضر.

به اشکال سازماندهی شده و چه بسا کارآمدتر نداشته است. از سوی دیگر با اینکه در خصوص شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی هنوز قانون مشخصی نداریم و هیچ نوع حمایت و تشویقی از سوی مراجع رسمی از این موضوع صورت نمی‌گیرد؛ آماري که اداره کل خیرین و سازمان‌های مردم‌نهاد ارائه داده است، ظرفیت درخور توجه شرکت‌ها و بنگاه‌های اقتصادی برای عمل در راستای مسئولیت اجتماعی را نشان می‌دهد. این موضوع سبب شده اداره مذکور در ساختار تشکیلاتی خود، دفتری را به بند مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها اختصاص دهد. امری که در اقدام‌های بررسی شده در بازه زمانی بهمن ماه ۱۳۹۸ تا اسفندماه ۱۳۹۹ در مواجهه با کرونا در بازه مورد توجه دولت قرار نگرفت. اص

همان‌طور که مشاهده می‌شود، بیشترین مشارکت را با فاصله زیاد خیرین سلامت داشته‌اند که صورت فردی و سنتی مشارکت در وضعیت بحرانی است و نشان از غلبه رویکرد سنتی در میان مخاطبان دارد. شایان ذکر است رویکرد سنتی در اینجا ناظر به قالب‌های سنتی نیست که اتفاقاً ما قالب‌های سنتی بسیار کارآمد و پیشرویی چون واره^۱ و بنه^۲ را در ایران داشته‌ایم که براساس عرف، عادت، سنت و مذهب، برای همیاری و همکاری، به‌طور خودجوش در جامعه روستایی کشور به‌وجود آمده بودند. منظور از غلبه رویکرد سنتی، شکل غیررسمی، مستقیم و بلاواسطه و تشکل نیافته و یک‌سویه (از سمت خیر به سوی یاری‌پذیر) است. لذا می‌توان گفت دولت توفیق قابل توجهی در جهت‌دهی مشارکت

[جمع‌بندی]

ضعف در اخذ نظرات مردم و مشخص نشدن نقش و جایگاه نهاد‌های مختلف در نسبت با مشارکت مردمی از مهم‌ترین چالش‌های این حوزه به‌شمار می‌روند. در نهایت براساس تحلیل‌ها و ارزیابی‌های انجام شده در گزارش و مدل‌های مشارکت و به‌منظور بهبود وضعیت مشارکت می‌توان الگوی زیر را برای پیشبرد مشارکت در بخش سلامت کشور پیشنهاد کرد. در این الگو سه اصل اصلاح ساختار مشارکت در بخش سلامت، توانمندسازی بخش مردمی و شفافیت و اطلاع‌رسانی مبنای توسعه مشارکت قرار گرفته است.

در این گزارش در بخش اول به بررسی ساختار ایجاد شده در وزارت بهداشت برای پیگیری مشارکت مردمی پرداخته شد و برخی کاستی‌های مورد بررسی قرار گرفت. سپس با مرور اجمالی طرح‌های مشارکت در حوزه سلامت در بحران کووید-۱۹ عملکرد دولت و ستاد ملی مقاله با کرونا محدود ارزیابی شد. در مجموع مشخص گردید علیرغم وجود پاره‌ای توفیق‌ها در این حوزه، هنوز با وضعیت ایده‌نال مشارکت مردمی در حوزه سلامت فاصله بسیاری داریم. موازی‌کاری، آگاهی‌بخشی پایین به مردم، ضعف در توانمندسازی گروه‌های مردمی،

۱. نوعی تعاونی سنتی کهن و زنانه بر پایه مبادله «شیر با شیر».
۲. نوعی تعاونی مبتنی بر نسق‌بندی اراضی زراعی در روستاها.



شکل ۵. الگوی پیشبرد مشارکت در بخش سلامت کشور



[منابع و مآخذ]

۱. اعظمی، موسی و دیگران. «بررسی نوع و میزان مشارکت در طرح هادی روستایی: مطالعه موردی روستای سنگستان همدان»، فصلنامه روستا و توسعه، س ۱۹، ش ۲، ۱۳۹۵.
۲. حبیبی، سیدمحسن و هادی، سعیدی رضوانی. «شهرسازی مشارکتی؛ کاوشی نظری در شرایط ایران»، نشریه هنرهای زیبا، ش ۲۴، ۱۳۸۴.
۳. خادم‌الحسینی، احمد و دیگران. «اداره مردمی شهر و مشارکت شهروندان در مدیریت شهری»، نشریه علمی پژوهشی آمایش محیط، ۱۵د، ش ۱۷، ۱۳۹۱.
۴. «شیوه‌نامه اجرایی تشکیل کانون و مجمع سلامت محله»، ۱۳۹۷، معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۵. کشتکار، مهران و حمیدرضا، حاتمی. «الگوی مفهومی مشارکت سازمان‌یافته مردمی برای تحقق استحکام ساخت درونی قدرت نظام»، فصلنامه مطالعات راهبردی بسیج، س ۱۸، ش ۶۹، ۱۳۹۴.
۶. «گزارش عملکرد ۶ ماهه خانه مشارکت مردم در سلامت در خصوص کنترل همه‌گیری کووید-۱۹»، ۱۳۹۹، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی.
۷. مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری، ۱۴۰۰، «عملکرد دولت دوازدهم در مدیریت و مقابله با ویروس کرونا»، کتاب راهبرد.
۸. موسوی‌نژاد، سید بابک. «توسعه مشارکتی، تجربه‌ها و چالش‌ها»، کتاب ماه علوم اجتماعی، ۱۳۸۳.
9. Arnstein, Sherry (1969) "A Ladder of Citizen Participation", AIP journal, 216-224.
10. VeneKlasen, L. and Miller, V. (2002), A New Weave of Power, People and Politics: The Action Guide for Advocacy and Citizen Participation. World Neighbours, Oklahoma City: Village Education Resource Centre (VERC).



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

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

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

وبسایت: rc@majles.ir