



چالش‌های طرح تحول نظام سلامت و راه‌کارهای ارتقاء آن در

سیاست‌گذاری‌های کلان کشور

مقصود زوار

دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جزا و جرم‌شناسی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران (نویسنده مسئول)

Ranginkamans79@gmail.com

۲. ناهید زوار

دانش‌آموخته کارشناسی پرستاری، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران

zavvarnurse@gmail.com

۳. آرزو قربانی

دانش‌آموخته کارشناسی ارشد حقوق خصوصی، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، مراغه، ایران

arezoughorbani21@gmail.com

چکیده

گام اول رشد و تعالی انسان حفظ سلامت جسمانی و روانی اوست. لذا متولیان امر سلامت با توجه به اهمیت این امر طرح تحول نظام سلامت را پایه‌ریزی کردند و علی‌رغم موفقیت‌های چشم‌گیر، گریبان‌گیر مشکلات متعددی نیز شده‌اند. این پژوهش باهدف بررسی چالش‌های موجود و پیش‌روی طرح تحول نظام سلامت و ارائه راه‌کارهای ارتقاء نظام سلامت باسیاست‌گذاری‌های صحیح به روش کتابخانه‌ای صورت گرفته است. رکن تصمیم‌گیرنده اصولاً باید متشکل از افراد متخصص، مجرب و دارای جمیع تخصص‌های مربوطه باشد تا تحقق سیاست‌ها را با توجه به چالش‌های موجود و پیش‌رو و فاکتورهای مختلف امکان‌سنجی کنند. سیاست‌گذاری‌ها باید بر اساس شناخت صحیح از چالش‌ها و تصمیم‌گیری موفق بر پایه آن با توجه به امکانات محدود مالی و راه‌کارهای تأمین منابع، تأمین کمبود نیروی انسانی متخصص و کارآمد، تجهیز مراکز درمانی به فناوری روز، تأمین و تولید همه داروهای موردنیاز، بکارگیری مدیران متخصص، متعهد، توانمند و شجاع، توجه به رضایت شغلی و مالی و سلامت جسمی کارکنان خدمت‌رسان امر سلامت، عدم کفاف مراکز درمانی در حد استاندارد در مناطق مختلف کشور و تلاش در جهت رعایت عدالت سلامت، اولویت‌بندی خدمات با توجه به محدودیت امکانات، آینده‌نگری در تصمیمات و آمادگی جهت مقابله با بیماری‌های جدید الظهور و اپیدمی‌ها ... باشد تا بتواند مسیر رشد و تعالی سلامت در جامعه را بهبود بخشد.

کلید واژگان: نظام سلامت، سیاست‌گذاری، چالش

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجانشرقی، مراغه، بلوار شهید درخششی، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۳ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۶ داخلی ۲۲۶ و ۲۲۳



مقدمه

در دنیای امروز دیدگاه‌های سلامت چشم‌اندازی وسیع‌تر یافته و به انتظارات غیرپزشکی نیز توجه ویژه‌ای شده است. رشد انتظارات و توجه مردم نسبت به ایمنی، کیفیت و عدالت، فشار جهت ایجاد نظام سلامتی پاسخگو در برابر عمل کرد را افزایش داده است. نظام‌های سلامت پیوسته تلاش می‌کنند تا با لحاظ منابع محدود، شاخص‌های دسترسی و عدالت کیفیت و کارایی را بهبود دهند. از آنجاکه اهداف اصلی تمام نظام‌های سلامت ارتقای سلامت جامعه، مشارکت عادلانه در تأمین منابع و رضایت بیماران است. این نظام‌ها همواره تلاش می‌نمایند تا با افزایش اهداف میانی مانند افزایش دسترسی و ارتقای کیفیت و کارایی، شاخص‌های مربوط به اهداف عالی خود را بهبود دهند. انتظار می‌رود نتیجه این تلاش‌ها در نهایت ارتقای سلامت جامعه، تأمین و توزیع عادلانه منابع و کسب رضایت بیماران از طریق پاسخگویی مناسب به نیازهای پزشکی و غیرپزشکی آن‌ها باشد. نظام‌های سلامت در سراسر جهان تحت تأثیر چهار نیروی محرک دائماً در پی اصلاح خود هستند. این محرک‌ها که قدرت آن‌ها به‌طور نسبی از کشوری به کشور دیگر متفاوت است، شامل هزینه‌های فزاینده در مراقبت‌های سلامت، انتظارات فزاینده شهروندان، محدودیت منابع مالی دولت‌ها برای پرداخت هزینه‌های سلامت و تردید نسبت به کارایی نظام مستقر در برآورده کردن اهداف نظام سلامت است؛ اصلاحات نظام سلامت در دهه‌های گذشته در کشورهای زیادی با وضعیت‌های اقتصادی اجتماعی مختلف به‌منظور سازمان‌دهی و تأمین مالی نظام سلامت در کنار ارتقای اثربخشی کارایی و عدالت اجرا گردیده است. در ایران نیز پیش از آغاز طرح تحول نظام سلامت اشکالات قابل‌ملاحظه‌ای در حوزه بهداشت و درمان کشور دیده می‌شد. اگرچه در سال‌های اخیر نظام سلامت توانسته است با استفاده از راهبرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه به پیشرفت‌های چشم‌گیری در سطح کلی سلامت مردم و بالا رفتن شاخص‌های مرتبط به آن برسد اما همچنان یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سیاست‌گذاران برقراری عدالت در سلامت و دسترسی به خدمات سلامت است.

طبق داده‌های مرکز آمار ایران، سهم مردم در پرداخت هزینه‌های مرتبط با خدمات نظام سلامت Out of packet در سال ۱۳۸۹ معادل ۲/۵۸ درصد بود که پس از تزریق ۲۰۰۰۰ میلیارد ریال مازاد اعتبارات باقی‌مانده از هدفمندی یارانه‌ها به بخش سلامت این شاخص به ۵/۵۰ درصد در سال ۱۳۹۲ رسیده بود. (Esfandiar M, Rasi V, Khodamoradi A, ۲۰۱۶)

این در حالی بود که متوسط این شاخص در این بازه زمانی در جهان ۹/۱۷ درصد در خاورمیانه و شمال آفریقا ۶/۴۶ درصد و در کشورهای منطقه چشم‌انداز ۳۶ درصد گزارش می‌شد. بعلاوه در بخش قابل‌توجهی از مراکز بیمارستانی، همراهان بیماران برای خرید برخی از اقلام دارویی یا لوازم پزشکی موردنیاز و انجام بسیاری از آزمایش‌ها به خارج از بیمارستان هدایت می‌شدند



که این خود علاوه بر نارضایتی بیماران، منجر به افزایش پرداخت از جیب بیماران می‌شد. از طرفی از نظر پزشکان مقدار تعرفه‌های خدمات پایین بود و این امر توجیهی برای اخذ وجوه غیررسمی (زیرمیزی) از مردم از سوی برخی پزشکان گردیده بود در نهایت در رتبه‌بندی نظام سلامت جهان، ایران از نظر شاخص درصد پرداخت از جیب مردم از کل هزینه‌های نظام سلامت در بین ۱۹۱ کشور در رتبه ۸۶ قرار گرفته بود. (آریایی‌نژاد، اسماعیلی، پیکان پور، راسخ، یوسفی: ۴۹۴-۴۸۱)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی سلامت در کشور با توجه به وظایف و مأموریت‌های کلی و اسناد بالادستی به‌ویژه سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، سیاست‌های کلی سلامت، مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه پنجم توسعه و برنامه‌های دولت یازدهم، اجرای برنامه تحول سلامت را پس از یک مرحله مطالعاتی شش‌ماهه از اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۹۳ آغاز کرد.

با اجرای این طرح، علاوه بر محافظت مالی از مردم در برابر هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت خدمات درمانی در بخش‌های بستری بیمارستان‌های دولتی مدنظر قرار گرفت.

منابع آن با تصویب بودجه ۶۸۰۰۰ میلیارد ریالی از محل درآمد هدفمندی یارانه‌ها (۵۷۵۲۰ میلیارد ریالی محقق شده)، ۲۰۰۰۰ میلیارد ریال از محل اعتبارات پزشک خانواده (۱۵۸۲۰ میلیارد ریال محقق شده)، ۵۹۴۰ میلیارد ریال از محل اعتبارات کمک به اجرای سیاست‌های جمعیتی (۲۵۰۰ میلیارد ریال محقق شده)، و ۲۸۰۰۰ میلیارد ریال از محل یک درصد مالیات بر ارزش‌افزوده (۲۳۸۷۰ میلیارد ریال محقق شده)، با مجموعاً ۱۲۱۹۴۰ میلیارد ریال افزایش بودجه نسبت به سال ۱۳۹۲ (۹۹۷۱۰ میلیارد ریال محقق شده) تأمین گردید. (همان)

اهداف این طرح به ترتیب در چهار گام (بهبود دسترسی و استطاعت پذیری و کیفیت درمان، توسعه خود مراقبتی، واقعی ساری تعرفه‌ها و تحول در آموزش پزشکی) پی‌گیری گردید. در گام اول با تمرکز بر بخش درمان، کاهش میزان پرداخت بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، کامل نمودن پوشش بیمه در جمعیت فاقد پوشش بیمه سلامت، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم؛ حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت؛ ارتقای کیفیت معاینات پزشکی در بیمارستان‌های دولتی با ارتقاء کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی؛ حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند؛ ترویج زایمان طبیعی و گسترش پوشش خدمات هوایی اورژانس کشور در دست اجرا قرار گرفت. هدف از اجرای گام دوم طرح تحول نظام سلامت که با شعار ارتقای خود مراقبتی آغاز شد، ارتقای سطح بهداشت جامعه



از طریق آموزش و فرهنگ سازی و بازسازی خانه های بهداشت بود. در گام سوم، کتاب ارزش های نسبی خدمات سلامت مورد بازبینی قرار گرفت و بر ضرورت عدم دریافت وجود غیررسمی از بیماران تأکید شد و در نهایت با توجه به وجود مشکلاتی نظیر طولانی بودن دوره های دکترای حرفه ای، وجود واحدهای غیرضروری در طول دوره تحصیل، مشکلات دانشجویان در طول دوره درسی و کارآمد نبودن آموزش ها، گام چهارم به تحول در نظام آموزشی علوم پزشکی اختصاص پیدا کرد.

الف: چالش های طرح تحول نظام سلامت:

۱- تغییر هرم جمعیتی: با توجه به روند کاهنده جمعیت کل کشور و روند رو به رشد پیر شدن جمعیت طی سال های اخیر؛ هرم جمعیتی کشور به سمت افزایش جمعیت استفاده کننده از خدمات درمانی رو به افزایش است و همین امر باعث خواهد شد تعهدات و بار مالی دولت از محل طرح تحول سلامت در سال های آتی افزایش یابد.

۲- افزایش تصدی گری دولت و به حاشیه رفتن وظایف حاکمیتی: مأموریت اصلی وزارت بهداشت سیاست گذاری، تنظیم مقررات، نظارت و ارزیابی بخش های مرتبط با سلامت است اما در عمل مشاهده می شود که خود این وزارت خانه به بزرگ ترین ارائه دهنده خدمات درمانی تبدیل شده است. در طرح تحول سلامت نیز وزارت بهداشت مسئول نظارت و ارزیابی طرحی است که خود تأمین مالی و اجرای آن را بر عهده دارد. این مسئله موجب شده تا بار مالی ناشی از وظایف و تعهدات مربوط به اجرای طرح تحول نظام سلامت روند فزاینده به خود بگیرد و به نظر می رسد وظایف تصدی گر دولت در این حوزه در حال افزایش است.

۳- رشد روزافزون هزینه های نظام های سلامت: در سراسر دنیا یکی از دغدغه های اصلی تصمیم گیران نظام های سلامت رشد روزافزون هزینه ها است. نظام سلامت ایران نیز هم چون سایر کشورها، با چالش افزایش شدید هزینه ها روبه روست در حالی که شاخص کلی هزینه ها در کشور در ۲۰ سال گذشته ۳۰ برابر شده است؛ این رشد در هزینه های بخش سلامت ۷۱ برابر شده و این موضوع همه بخش های نظام سلامت کشور را با مشکلات زیادی مواجه کرده است. (سپندی، علی دادی، عامریون، ۱۳۹۵)

از دلایل مهم این رشد عوامل ذیل را می توان نام برد: گسترش مداوم فناوری و تجهیزات و فناوری های نوین و گران قیمت سلامت، افزایش انتظارات جوامع از نظام های سلامت، تغییر سیمای بیماری ها و مرگ های ناشی از بیماری های غیر واگیردار به دلیل تغییر سبک زندگی مردم و حضور هم زمان اپیدمی بیماری های واگیردار نوپدید و بازپدید، افزایش مخاطرات طبیعی و انسان ساخت بخصوص در مناطق شهری و رشد بیماری های مزمن و غیر واگیر.



با توجه به چالش وزارت بهداشت برای کسری حقوق و مزایای سال ۱۳۹۵، رشد حدود ۴۵ درصدی در اعتبارات مربوط به حقوق و مزایای مستمر در سال ۱۳۹۶ لحاظ شد. ازجمله آثار این کسری، بودجه کاهش روند جذب هیات علمی به صورت ضریب K و استخدام پیمانی در دانشگاه‌ها بود. همچنین از آنجا که ۶۴ درصد از اعتبارات دانشگاه‌ها مشروط به کسب درآمد توسط بیمارستان‌ها در قالب درآمدهای اختصاصی شده بود. هیات علمی آموزشی بیشتر به صورت درمانی به کار گرفته شد و حفظ کیفیت آموزش پزشکی دشوار گردید. همچنین اعتبار فعالیت پاداش پایان خدمت هیات علمی از ذیل ردیف‌های ستادی وزارتخانه حذف شد و به دستگاه‌ها اجازه داده شد که از محل فروش تملک‌های خود آن را جبران نمایند. بعلاوه اعتبارات مربوط به حمایت از ۱۵ دانشگاه برتر حذف گردید. (آریایی‌نژاد، اسماعیلی، پیکان پور، راسخ، یوسفی، ۱۳۹۷: ۴۹۴-۴۸۱)

طبق گزارش موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، طرح تحول نظام سلامت هم‌راستا با قوانین بالادستی مصوب در حوزه بهداشت و درمان، خصوصاً در مورد مواد ۳۲ تا ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه نبوده و در آن به مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عمل کرد توجه کافی نشده است. (همان)

۴- گسترده‌گی و پراکندگی سازمان‌ها و نهادهای متولی سلامت و تأمین رفاه: از دیگر چالش‌های موجود در حوزه سلامت گسترده‌گی و پراکندگی سازمان‌ها و نهادهای متولی این امر ازجمله سازمان بهزیستی، سازمان بیمه سلامت، بنیاد شهید و امور ایثارگران، سازمان تأمین اجتماعی، بنیادهای خیریه، سازمان‌های وابسته به نیروهای مسلح، سایر مؤسسات عمومی شهرداری‌ها و نهادهای عمومی است که به نوعی در تأمین سلامت و رفاه اجتماعی مردم مشارکت دارند و از بودجه عمومی نیز استفاده می‌کنند و این واقعیت به وقوع می‌پیوندد که در دستیابی همه جامعه به سطح مناسبی از سلامتی، عوامل متعددی دخالت دارند و نظام‌های سلامت فقط بخش کوچکی از این عوامل را تشکیل می‌دهند.

۵- ناکارآمدی و کسری شدید منابع مالی صندوق‌های بیمه‌ای: پس از اجرای طرح تحول سلامت دو بیمه اصلی درمان پایه کشور (سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت که بیشترین بار مالی هزینه‌های مالی را بر عهده دارند) با رشد شدید هزینه‌های درمانی مواجه شدند. بر اساس آمار دفتر تحقیقات وزارت امور اقتصاد و دارایی در سال ۱۳۹۶ طی دو سال پس از اجرای طرح تحول سلامت هزینه‌های درمان تأمین اجتماعی بیش از ۴۴ درصد در سال رشد داشته است. (آقای، براری، حیدرزاده، قنبری، مؤدب، ۱۳۹۶)



طبق داده‌های حساب‌های ملی سلامت میزان پرداخت از جیب مردم در سال ۱۳۹۴ به ۳۷٪ کاهش داشته و سهم دولت و صندوق‌های بیمه در تأمین مالی هزینه‌های خدمات سلامت هریک به میزان ۲۶٪ بوده است. در پوشش هزینه‌های بستری سهم مردم و دولت هر یک ۲۵٪ و سهم صندوق‌های بیمه ۴۴٪ بوده است. این در حالی است که طبق این داده‌ها قدر مطلق پرداخت‌های صندوق‌های بیمه در پوشش هزینه‌های بستری بین سال‌های ۱۳۹۲ به ۱۳۹۳ معادل ۱۰۳ درصد و بین سال‌های ۱۳۹۳ به ۱۳۹۴ معادل ۴۸ درصد افزایش داشته است. همچنین قدر مطلق پرداخت از جیب مردم در پوشش هزینه‌های بستری بین سال‌های ۱۳۹۲ به ۱۳۹۳ معادل ۸/۹ درصد و بین سال‌های ۱۳۹۳ به ۱۳۹۴ معادل ۹/۲۷ درصد افزایش داشته است. (Greene JC، ۲۰۰۵:۲۰۷)

درحالی‌که تورم کلی کشور در آن بازه ۸/۲۲ درصد کاهش داشته است. وفق آمار بانک مرکزی تورم موجود در بخش بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۳ بیش از دو برابر شاخص کل تورم بوده است. در سال ۱۳۹۴ به‌رغم کاهش شاخص تورم عمومی، سیر صعودی تورم بخش بهداشت و درمان همچنان ادامه داشته است به‌طوری‌که تورم عمومی ۹/۱۱ درصد و تورم بهداشت و درمان ۸/۲۳ درصد بوده است؛ همچنین این ارقام در سال ۱۳۹۵ به ترتیب ۹ درصد و ۷/۱۶ درصد گزارش شده‌اند. (Central Bank of Iran website، ۲۰۱۷)

در سال ۱۳۹۶ در سومین سال اجرای طرح، تدوین راهنماهای بالینی برای ۵۰ داروی پرهزینه در دستور کار قرار گرفت. افزایش پوشش بیمه رایگان؛ طی سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت بر اثر اجرای بیمه همگانی افزایش می‌یابد وعده‌ای از افراد تحت پوشش تأمین اجتماعی نیز بر همین اساس به بیمه سلامت مهاجرت می‌کنند. با اجرای طرح بیمه ایرانیان در دی‌ماه ۱۳۸۷ جمعیت تحت پوشش این بیمه در سال ۱۳۹۲ معادل ۲۶۱۱۴۰۶ نفر بوده است که پس از اجرای طرح تحول در پایان سال ۱۳۹۳ به ۹۴۷۹۱۰۵ نفر افزایش می‌یابد. بعلاوه عدم توازن رشد منابع و مصارف سازمان‌های بیمه پایه از محل بودجه عمومی کشور منتج به کسری سالانه حدود ۲۲ درصدی گردیده است از طرفی سهم دولت از منابع سازمان تأمین اجتماعی از جمله سهم کارفرمایی و ۳ درصد حق بیمه را که سال‌ها پرداخت نگردیده بود تا پایان سال ۱۳۹۵ به ۱۳۰ هزار میلیارد تومان رسید، و طبق گزارش موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، صندوق درمان تأمین اجتماعی در مرز ورشکستگی قرار گرفته است. طبق گزارش هزینه کرد سازمان بیمه سلامت پس از طرح تحول، رشد هزینه‌های بخش‌های بستری موقت ۱۱۱٪، پرتو پزشکی ۹۸٪ و پزشک متخصص و فوق تخصص ۷۲٪، بوده درحالی‌که رشد این شاخص برای خدمات توسط پزشک عمومی ۱۸٪ و در خدمات سطح یک تنها ۹٪ بوده که این امر می‌تواند ناشی از تقاضای القایی و در



تضاد با (اصل صرفه جویی بر اساس حیطه) of scope Economies باشد. (آریایی نژاد، اسماعیلی، پیکان پور، راسخ، یوسفی،

۱۳۹۷: ۴۹۴-۴۸۱)

طبق گزارش ارسالی وزارت بهداشت به سازمان جهانی سلامت در ۲۰۱۶، درصد افرادی منتقل شده به زیر خط فقر مطلق برابر هزینه های سلامت از ۳۰٪ قبل از آغاز طرح به ۵٪/۱۰ در سال ۲۰۱۶ افزایش داشته که این شاخص در مناطق روستایی ۷/۹ برابر نسبت به مناطق شهری بوده است. (Iran Food and Drug Administration website، ۲۰۱۵)

در نهایت چالش اجتماعی طرح تحول ناظر به اعتراضات کادر درمانی، ناشی از افزایش فشار کاربر کادر پرستاری و نارضایتی ناشی از تعمیق شکاف درآمدی پزشکان و سایر اعضای کادر درمانی بود. علاوه با به تعویق افتادن پرداخت درآمدهای مصوب شده بیمارستان های مختلف دولتی، بخش های رادیولوژی، آزمایشگاه ها، داروخانه ها و برخی بخش های دیگر بارها بر عدم ارائه خدمات به افراد تحت پوشش بیمه تأکید و یا اقدام شد. در ادامه توقعات درآمدی پزشکان، پرستاران و انتظارات به حق بیماران که بسیار بالا رفته و با توجه به عدم امکان تأمین منابع، می تواند منجر به نارضایتی بخش های مذکور گردد.

۶- درمان محوری و ایجاد تقاضای القایی غیرضروری: (بیمار محوری) در بخش درمان به جای رویکرد (سلامت محوری) موجب شده است هزینه های درمان نسبت به هزینه های بهداشتی و پیشگیرانه پیشی گرفته و بار مالی دولت از این محل نیز افزایش یابد. علاوه بر این افزایش القایی تقاضاهای درمانی، القای تقاضا از سوی پزشک، القای تقاضا از سوی بیمار و ... از مهم ترین چالش های بخش سلامت هستند. (پور جمشیدی، حسینی تبار، درخشان، نشاط، ۱۳۹۷: ۶۱-۵۹)

ب: سیاست گذاری های کلان کشور در حوزه نظام سلامت

سیاست گذاری سلامت یکی از وظایف حاکمیتی نظام سلامت است. سیاست سلامت مجموعه دستورالعمل هایی است که توسط سیاست گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت در حوزه های تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه تدوین می شود و راهنمای تصمیم گیری و برنامه ریزی مدیران سطوح پایین است.

نظام سلامت شامل سازمان ها، گروه ها و افرادی است که وظایف سیاست گذاری، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت را باهدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم، پاسخ گویی به انتظارات آن ها و حمایت مالی از ایشان در مقابل هزینه های سلامت بر عهده دارند.



سیاست‌گذاری در بخش سلامت به دلیل ماهیت خاص این بخش در مقایسه با دیگر بخش‌های اجتماعی از جایگاه قابل توجهی برخوردار بوده و دارای حساسیت و ویژگی خاصی می‌باشد. ماهیت تصمیم‌گیری در بخش سلامت، اغلب موضوعات مرتبط با مرگ و زندگی را در برمی‌گیرد در بسیاری مواقع، سلامت تحت تأثیر بسیاری از تصمیم‌هایی است که ممکن است ارتباط مستقیمی با مراقبت‌های سلامتی نداشته باشد؛ مانند اثرات فقر بر روی سلامتی مردم، آلودگی هوا، آلودگی آب یا سیستم بهداشتی ضعیف، همچنین سیاست‌های اقتصادی مانند مالیات بر سیگار یا الکل می‌تواند بر رفتار سلامتی مردم تأثیرگذار باشد.

در نظام سلامت تغییر سیاست بسیار چالش‌برانگیز است. به دلیل آن‌که نظام‌های سلامت از نظر فنی پیچیده هستند، تغییر در بخشی از این نظام پیچیده و به هم پیوسته به طور اجتناب‌ناپذیری بر دیگر بخش‌ها و بسیاری از کارگزاران و ذی‌نفعان مختلف آن تأثیرگذار است. تجربه اصلاح در نظام سلامت حاکی از آن است که اغلب گروه‌های خوب سازمان‌دهی شده و قدرتمند (مانند پزشکان و شرکت‌های دارویی) و گروه‌های بسیار متفرق و زیان‌دیده بانفوذ سیاسی کم از جمله گروه‌هایی می‌باشند که هرگونه اصلاح در نظام سلامت باید با توجه قابل ملاحظه به این گروه‌ها صورت گیرد؛ بنابراین دستیابی به موفقیت در سیاست‌گذاری و اصلاح سیاستی اغلب دشوار می‌باشد. (دشمن‌گیر، رواقی، ۱۳۹۴: ۶۹-۶۸)

با توجه به پیچیدگی خاص نظام‌ها و از جمله نظام سلامت سیاست‌گذاران، سیاست‌سازان و تحلیل‌گران سیاستی می‌بایست برخی از راه‌های ساده کردن وضعیت موجود را بیابند. هدف از این، امر افزایش شانس درک آن وضعیت و ارزش‌ها و عقاید نهفته در آن و اقدام در جهت تدوین و یا تعدیل سیاستی است که اثربخشی بیشتری دارد. این امر معمولاً دربرگیرنده تدوین چارچوب نظریه‌ای است که تعیین می‌کند کدام عوامل و روابط مهم است و کدام می‌توانند نادیده گرفته شوند. بهره‌گیری از مفاهیم، رویکردها و الگوهای تحلیل سیاست در درک هر چه بهتر سیاست‌های موردنظر و آگاهی بیشتر از نقاط ضعف و قوت آن سیاست‌ها مفید می‌باشد. بهره‌گیری از الگوها و چارچوب‌های نظریه‌ای تحلیل سیاست، زمینه‌ای برای بحث و تبادل نظر فراهم می‌کند تا بدان طریق افراد موضوع‌های مهم چارچوب‌هایشان را ارائه، داده شواهد تجربی توسعه‌یافته را ارزیابی کرده و در مورد جهت‌گیری‌های نویدبخش برای پژوهش‌های آینده بحث و گفتگو کنند. همچنین الگوهای سیاست‌گذاری توصیفی، توضیح، درک و برنامه‌ریزی اقدامات سیاستی آینده را به نحوی که از نظر عملی قابل کاربرد باشد تسهیل می‌کنند.

سازمان سلامت جهان سیاست سلامت را به عنوان (یک توافق یا اجماع در مورد مسائل بهداشتی، اهداف و اولویت‌ها و مسیر و روش دستیابی به آن‌ها) تعریف می‌کند. (مصدق‌راد، ۱۴۰۰: ۲۴-۷)



سلامتی باید در دستور کار سیاست‌گذاران در همه بخش‌های دولت قرار گیرد. آن‌ها باید از عواقب تصمیمات خود روی سلامتی مردم آگاه باشند و مسئولیت خود را در قبال سلامت بپذیرند. هدف نهایی سیاست ملی سلامت ایجاد تحول در سازوکار مراقبت‌های سلامتی به گونه‌ای است که خدمات سریع‌تر و مناسب‌تر برای بهبود سلامت جامعه فراهم شود؛ از میزان نابرابری و بی‌عدالتی بخش سلامت کاسته شود؛ و موجب افزایش کیفیت و سال‌های عمر سالم مردم شود.

سلامت یکی از ارزش‌ها و نیازمندی‌های پایه‌ای رشد انسان بوده که در مکاتب الهی و اسناد بین‌المللی بدان تأکید شده است و دولت‌ها موظف هستند همه امکانات خود را در راستای پاسخ‌دهی به نیازهای سلامتی آحاد مختلف جامعه بسیج کرده و مراقبت‌های سلامت باکیفیت و قابل پرداخت را در همه سطوح خدمات بهداشتی، درمانی و باز توانی برای تک‌تک افراد کشور فراهم کنند که تولیت این امر بر عهده نظام سلامت قرار داده شده است؛ و نظام‌های سلامت تلاش کرده‌اند تا با برقراری سازوکارهای مختلف، مسئولیت خود را در قبال تأمین سلامت جوامع به درستی انجام دهند. رشته‌های مختلف علوم سلامت نیز در همین راستا و به عنوان بازوان اجرایی، آموزشی و تحقیقاتی نظام سلامت، سعی در ایفای نقش خود دارند. در این بین و به منظور هدفمندتر کردن اقدامات انجام‌شده در نظام سلامت و ارتقای هر چه بیشتر شاخص‌های سلامت کشور، توجه به حلقه‌های سیاست‌گذاری، مدیریت و اقتصاد سلامت که در کنار هم تشکیل یک چرخه را می‌دهند ضروری به نظر می‌رسد. در ارتباط با حلقه، اول سیاست‌گذاری فرآیندی پیچیده و چندبعدی است و عوامل متعددی بر آن تأثیرگذار هستند. سیاست‌گذاری در نظام سلامت به عنوان هسته مرکزی و مغز متفکر نظام سلامت در جهت تعیین راهبردهای کلی نظام در مسائل مختلف مرتبط با سلامت است که باید مبتنی بر شواهد و توسط متخصصان خبره انجام گیرد. به بیان بهتر و به دلیل اهمیت کالای استراتژیک سلامت، انجام این سیاست‌گذاری نباید با آزمون و خطا همراه باشد. (شیخی چمان، ۱۳۹۹: ۱۷۰-۱۶۹)

در ارتباط با حلقه دوم، پس از سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، نوبت به اجرای کامل و هدفمند آن می‌رسد که در این وهله، نظام سلامت در همه سطوح مدیریتی نیازمند مدیران بهداشتی و درمانی حاذق و توانمند دارای مهارت‌های انسانی است.

(M Mosadeghrad AM, Abbasi, 24:2020)

مدیری که با رعایت اصول اخلاقی، تشکیل تیم سالم و انگیزه دهی مداوم، فعالیت‌های گروهی را با حل تعارضات منافع احتمالی در راستای رسیدن به اهداف معین هدایت کند، برنامه‌ریزی گام‌به‌گام داشته باشد و اصول سازمان‌دهی را مدنظر قرار دهد، بهینه‌ترین استفاده را از منابع در دسترس ببرد، سازمان خود را بهره‌ور و آن را با تغییرات گسترده محیط بیرونی هماهنگ کند، قدرت مذاکره، چانه‌زنی و مهارت‌های رهبری داشته باشد تا بدین صورت قادر باشد در کنار جلب رضایت کارکنان و گیرندگان



نهایی خدمات، سیاست‌های ابلاغی سلامت را به بهترین شکل ممکن اجرا و موجبات بهبود شاخص‌های سلامت کشور را فراهم

کند. (Barati O, Khamarni M, Sadeghi A, Siavashi E, 2016: 17-28)

در حلقه فوق نیز انتخاب مدیران بهداشتی و درمانی کشور باید مبتنی بر شایسته‌سالاری و به‌دوراز سایر مسائل باشد. لازم به ذکر است که سیاست‌گذاری‌های هرچند دقیق اگر در مرحله اجرا با ضعف مواجه شوند نخواهند توانست به‌درستی اهداف از پیش تعیین‌شده خود را محقق نمایند که وقوع این دست از اتفاقات باعث تضییع حقوق و سلامتی افراد جامعه شده و پایمال شدن بیت‌المال و منابع محدود نظام سلامت را در پی خواهد داشت و نهایتاً منجر به کاهش اعتماد مردم به دولت و نهادهای دولتی می‌شود.

در ارتباط با حلقه سوم، ریشه علم اقتصاد به تقابل دو مؤلفه وجود منابع محدود و نیازهای نامحدود در جامعه بازمی‌گردد، به‌گونه‌ای که بتوان پاسخگوی این نیازهای نامحدود با به‌کارگیری بهینه منابع محدود موجود بود، علم اقتصاد سلامت نیز به دنبال تحقق اهداف مذکور در نظام سلامت است، یعنی بودجه و منابع محدود انسانی و غیرانسانی نظام سلامت با چه شیوه و ترکیبی در راستای حفظ و ارتقای سلامت جامعه به کار گرفته شوند تا بهترین خروجی ممکن و تولید سلامت را داشته باشند. اقتصاددانان سلامت باید درک کامل و درستی از مفاهیم اثربخشی، کارایی و عدالت داشته باشند. با انجام مطالعات اقتصاد سلامت می‌توان به این سؤالات پاسخ داد که مقدار بهینه تخصیص منابع به هر بخش نظام چه میزان است. (شیخی چمان،

۱۳۹۹: ۱۷۰-۱۶۹)

سه رویکرد اصلی سیاست‌گذاری عبارت‌اند از عقلایی، عقلایی محدود و سطل زباله. مدل عقلایی کامل یا مرحله‌ای برای اولین بار توسط هارولد لاسول در سال ۱۹۵۶ میلادی برای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری پیشنهاد شد. (مصدق راد، ۱۴۰۰: ۲۴-۷)

روی کرد عقلایی در تصمیم‌گیری یا سیاست‌گذاری یک فرایند منطقی مرحله‌ای را برای اتخاذ بهترین تصمیم یا سیاست بکار می‌گیرد که شامل تجزیه و تحلیل کامل مسئله، تعیین اهداف حل مسئله شناسایی راه‌کارهای حل مسئله، ارزشیابی راه‌کارهای حل مسئله و عواقب آن‌ها و درنهایت، انتخاب بهترین راه‌کار است. به عبارتی، بر اساس این روی کرد، فرآیند سیاست‌گذاری، چرخه‌ای پیشرو دارد. در این روی کرد سیاست‌گذار از - سیستم منسجمی برای انتخاب بهترین راه‌کار استفاده می‌کند؛ از همه راه‌کارهای موجود آگاه است؛ می‌تواند احتمال موفقیت راه‌کار را محاسبه کند و راه‌کاری را انتخاب کند که حداکثر منفعت و حداقل زیان را داشته باشد. سیاست‌گذاران و مدیران بر اساس این رویکرد بیشتر از عقل و شواهد در سیاست‌گذاری و



تصمیم‌گیری استفاده می‌کنند. سیاستی عقلایی است که گزینه بهتر دیگری بر اساس ترجیحات سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان وجود نداشته باشد.

باوجوداین، محدودیت‌هایی در عمل برای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری عقلایی وجود دارد. محیط تصمیم‌گیری گاهی اوقات بسیار پیچیده می‌شود و سیاست‌گذاران و مدیران باید در یک محیط نامطمئن و با استفاده از شهود تصمیم بگیرند. پیچیدگی محیط، عدم اطمینان نسبت به آینده و محدودیت ظرفیت تفکر انسان مانع انتخاب بهترین راه‌کارها می‌شود. در نتیجه، هربرت سایمون تئوری تصمیم‌گیری عقلایی محدود را در سال ۱۹۵۷ میلادی معرفی کرد. در این رویکرد، سیاست‌گذاران و مدیران راه‌کاری که به اندازه کافی خوب باشد، را به خاطر محدودیت زمانی و هزینه‌ای انتخاب کنند. آن‌ها بیشتر از شهود در سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری استفاده می‌کنند.

سازمان‌ها کامل و عالی نیستند و گاهی اوقات در حالت بی‌نظمی و هرج‌ومرج عمل می‌کنند. کوهن و همکاران در سال ۱۹۷۲ میلادی با استفاده از اصطلاح سطل زباله سعی کردند ماهیت فرایند تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری عمومی را نشان دهند. مدل سطل زباله فرض می‌کند که هیچ فرآیند سازمانی برای یافتن راه‌حل برای یک مشکل وجود ندارد و تصمیم‌گیرندگان از مشکلات و راه‌کارها جدا هستند. مشکلات، راه‌کارها، افراد و فرصت‌های انتخاب در سطل زباله جریان پیدا می‌کنند و از سطل زباله بیرون می‌روند و اینکه کدام مشکلات به راه‌کارها متصل می‌شوند تا حد زیادی ناشی از شانس است. در مدل سطل زباله اهداف تعریف‌شده‌ای وجود ندارد و سیاست‌گذاران و مدیران به‌درستی نمی‌دانند که به دنبال چه هستند و نظرشان دائماً تغییر می‌کند. تصمیمات، حاصل تجزیه و تحلیل‌های عقلایی نیستند و نتیجه اتفاقات و حوادث پیش‌بینی نشده هستند. سیاست‌گذاری در این مدل حاصل تلاقی اتفاقی چهار جریان مسئله، افراد تصمیم‌گیرنده، راه‌کارها و فرصت‌ها و موقعیت‌های تصمیم‌گیری است. (Cohen MD, March JG, Olsen JP, 1972: 1-25)

مدل سطل زباله واقعیت آشفته تصمیم‌گیری سازمانی را در یک بی‌نظمی سازمان‌یافته توصیف می‌کند. در غیاب فرآیند تصمیم‌گیری رسمی، یک راه‌کار در نتیجه تعامل چهار جریان سازمانی مستقل به وجود می‌آید. این مدل فرایند، تصمیم‌گیری را مثل یک (سطل زباله) می‌بیند که مدیران مشکلات و راه‌کارها را در آن می‌ریزند. این مدل مشکلات، راه‌کارها و تصمیم‌گیرندگان را به‌عنوان سه (جریان) مستقل به تصویر می‌کشد. این سه جریان تنها زمانی به هم می‌رسند که چهارمین جریان یعنی (فرصت انتخاب) هم وارد سطل زباله شود. فرصت‌های تصمیم‌گیری در مورد یک مشکل، مانند سطل زباله تلقی می‌شوند. مشکلات و راه‌کارهای مختلف در این فرصت‌ها درست مثل زباله پرتاب می‌شوند. (مصدق راد، ۱۴۰۰: ۲۴-۹)

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجان شرقی، مراغه، بلوار شهید درخشی، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۴۳۷۲۵۵۸۳ - ۰۴۳۷۲۵۵۸۰۶ - ۰۴۳۷۲۵۵۸۳ داخلی ۲۲۶ و ۲۲۳



سازمان‌های بهداشتی و درمانی سیستم‌های اجتماعی بسیار پیچیده با قابلیت تطبیق بالا هستند. مدیران این سازمان‌ها با مسائل ساده و پیچیده متعددی مواجه هستند؛ بنابراین، از هر سه مدل انتخاب عمدی (مدل عقلایی و عقلایی محدود) و سطل زباله برای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در نظام سلامت استفاده می‌شود. سیاست‌گذاران در مدل عقلایی با استفاده از یک روش هدفمند، عینی و نظام‌مند، تصمیم مطلوب را برای مسائل ساده اتخاذ می‌کنند. تصمیم‌گیری در این مدل شامل مراحل شناسایی مسئله، جمع‌آوری اطلاعات، تهیه لیست راه‌کارها، ارزیابی راه‌کارها، انتخاب بهترین راه‌کار و اجرای آن است. در مقابل، حل مسئله بگرنج و پیچیده به دلیل دانش ناقص یا متناقض مرتبط با آن‌ها، ماهیت به‌هم‌پیوسته این مشکلات با سایر مشکلات، تعداد زیاد افراد درگیر و بار اقتصادی زیاد آن‌ها دشوار است. گاهی اوقات این مشکلات راه‌کار مشخص درستی ندارند. سیاست‌گذاران و مدیران دیدگاه‌های متضادی در مورد مسئله دارند. زمان و منابع محدودی برای جمع‌آوری اطلاعات دارند و موظف هستند که هر راه‌کار قابل‌تصور را با الزامات قانونی مطابقت دهند. همچنین، محدودیت‌های زمانی و مالی، آزمون همه راه‌کارها را غیرمنطقی می‌کند. سیاست‌گذاری در بخش سلامت فراتر از اینکه یک موضوع فنی باشد، یک موضوع سیاسی است و تحت تأثیر نظرات گروه‌های مختلف سیاسی قدرتمند قرار می‌گیرد؛ بنابراین، سیاست‌گذاری سلامت یک فرایند پیچیده و چالشی است.

مدل‌های مفهومی متعددی برای سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست توسعه یافتند که هر کدام مزایا و محدودیت‌هایی دارد. بیشتر این مدل‌ها در کشورهای توسعه‌یافته و در بخش‌هایی به‌غیر از بخش سلامت توسعه یافتند که استفاده از آن‌ها در کشورهای در حال توسعه مثل ایران و بخش سلامت با چالش‌هایی همراه است.

بیشتر مدل‌های سیاست‌گذاری سلامت در کشورهای غربی و در حوزه سیاست‌گذاری عمومی طراحی شدند. این مدل‌ها بیشتر از رویکرد خطی و عقلایی استفاده می‌کنند که فرایند سیاست‌گذاری را شامل چند مرحله می‌بیند که پشت سر هم اتفاق می‌افتند. فرایند سیاست‌گذاری از دستور کارگذاری یک مسئله شروع و به تدوین، اجرا فقط و در نهایت، ارزشیابی سیاست ختم می‌شود. سیاست عمومی محصول اقدام دولت نیست، بلکه به‌عنوان یک فرایند سیاسی است که تحت تأثیر عوامل مختلف قرار دارد. ماهیت پیچیده و تخصصی مشکلات بهداشتی و درمانی، سیاسی‌کاری در حوزه مسائل سلامت، اهمیت راه‌کارهای سیاستی در مرگ و زندگی انسان‌ها حضور ذی‌نفعان کلیدی قدرتمند پیچیدگی محیط، عدم اطمینان از آینده و محدودیت ظرفیت تصمیم‌گیری مدیران سلامت، استفاده از رویکرد عقلایی در سیاست‌گذاری سلامت را محدود می‌کند. فرایند سیاست‌گذاری در



دنیای واقعی خطی و مرحله‌ای نیست؛ بلکه، به صورت متقابل و با امکان برگشت پذیری در فرآیند سیاست گذاری صورت می گیرد. سیاست گذاری سلامت فرایندی پیچیده و چندبعدی است.

سیاست گذاری سلامت یک موضوع سیاسی و اجتماعی زمان بر است. سیاست گذاران سلامت در محیط پر تغییر و تحول امروزی، مجبور به گرفتن تصمیمات مهم در زمان بسیار کوتاه می شوند؛ بنابراین، نیاز به یک مدل ساده و کاربردی برای سیاست گذاری سلامت و تحلیل سیاست های سلامت است که راهنمای سیاست گذاران برای تصمیم گیری سریع درباره موضوعات سلامت باشد. به طور کلی، مدل های سیاست گذاری سه مرحله تدوین سیاست، اجرای سیاست و ارزش یابی سیاست را شامل می شوند. اجرای این مراحل در یک محیط سیاست گذاری مطمئن امکان پذیر است. در کشورهای در حال توسعه که با موانع ساختاری، فرایندی و فرهنگی متعددی مواجه هستند. باید مقدماتی فراهم شود تا زمینه لازم برای تدوین سیاست فراهم شود در غیر این صورت سیاست تدوین شده به درستی اجرا نخواهد شد و نتایج خوبی نخواهد داشت. با در نظر گرفتن نقاط قوت و ضعف مدل های قبلی سیاست گذاری و تحلیل سیاست، ماهیت بخش سلامت و ویژگی های تاریخی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ایران یک مدل ساده و در عین حال جامع و کاربردی شامل ۴ مرحله آمادگی، تدوین، تدوین سیاست، اجرای سیاست و ارزشیابی سیاست توسعه یافت.

مدل یکپارچه سیاست گذاری و تحلیل سیاست شامل ۱۰ گام اصلی تشکیل دبیرخانه سیاست گذاری، تحلیل و تعریف مسئله، ایجاد توافقات سیاسی، در دستور کارگذاری سیاست، تدوین محتوای سیاست، حمایت طلبی سیاست، تدوین برنامه سیاست، اجرای برنامه سیاست، پایش سیاست و ارزشیابی سیاست است که قابل استفاده در سیاست گذاری سلامت و تحلیل سیاست های سلامت است.

مراحل مدل یکپارچه سیاست گذاری و تحلیل سلامت در این مدل از دو رویکرد سطل زباله و عقلایی محدود برای سیاست گذاری سلامت استفاده می شود. مرحله آمادگی تدوین سیاست به طور هدفمند و فعالانه با بهره گیری از رویکرد سطل زباله فرصتی ایجاد می کند که مسئله راه کار و افراد کلیدی کنار هم قرار گیرند و مسئله مورد توجه سیاست گذاران قرار گیرد و تدوین سیاست در دستور کار قرار گیرد. سپس، با استفاده از روش علمی معتبر و فنون و ابزارهای مناسب سیاست گذاری با به کارگیری رویکرد عقلایی محدود، سیاست تدوین، اجرا و ارزشیابی می شود. این مدل مسیر پیچیده و چرخشی توسعه سیاست را به خوبی نشان می دهد. در این مدل فرایند سیاست گذاری به صورت چرخه ای است که امکان برگشت در فرایند برای

ارائه بازخورد و اصلاح وجود دارد. (همان)

آدرس دبیرخانه همایش: آذربایجان شرقی، مراغه، بلوار شهید درخشانی، مجتمع اداری و آموزشی

دانشگاه آزاد اسلامی مراغه، ساختمان اداری اندیشه شهید سلیمانی، طبقه دوم

تلفن تماس: ۰۴۱۳۷۲۵۵۸۲ - ۰۴۱۳۷۲۵۲۵۰۶ - داخلی ۲۳۶ و ۲۳۳



ج: مراحل و گام‌های مدل یکپارچه سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست سلامت

مرحله اول: آمادگی تدوین سیاست:

اراده سیاسی لازم برای هدایت فرایند سیاست‌گذاری در درازمدت در حال کاهش است. سیاست‌مداران بیشتر به دنبال دستیابی به نتایج کوتاه‌مدت هستند. در نتیجه، آن‌ها به جای اختصاص وقت بیشتر به تعریف و تحلیل مسئله و علل ریشه‌ای آن، می‌خواهند سریع سیاست را بنویسند، تصویب کنند و برای اجرا ابلاغ کنند. کشورهای در حال توسعه با محدودیت‌های ساختاری، فرهنگی، فرآیندی و مدیریتی متعددی مواجه هستند که موانع زیادی بر سر راه سیاست‌گذاری‌ها ایجاد می‌کنند. این موانع باید تا حد امکان قبل از شروع فرایند تدوین سیاست برطرف شوند بنابراین، ساختار و تشکیلاتی باید ایجاد شود تا مقدمات فرایند سیاست‌گذاری را فراهم کند و اطلاعات لازم را برای تصمیم‌گیری سیاست‌مداران و سیاست‌گذاران فراهم کند مشکلات و اولویت‌های سلامتی باید مورد توجه دبیرخانه سیاست‌گذاری قرار گیرد. مشکل سلامتی یک وضعیت یا شرایطی است که اثر نامطلوب بالفعل یا بالقوه بر سلامت افراد دارد. دو رویکرد دولت‌محور و جامعه‌محور در انتخاب موضوع سیاست‌گذاری وجود دارد. (Meier GM, 1991)

بیشتر اوقات سیاست‌گذاران و کارشناسان نظام سلامت با توجه به اولویت‌های نظام سلامت، یک مسئله یا موضوع را برای سیاست‌گذاری انتخاب می‌کنند. گاهی اوقات هم‌فشار مردم در خارج از نظام سلامت منجر به تدوین سیاست برای مسئله‌ای می‌شود.

مرحله دوم: تدوین سیاست:

تدوین سیاست فرآیند شناسایی و انتخاب راه‌کارهای حل مسئله سیاستی است. سیاست نباید فقط در سیلوهای اداری توسط بروکرات‌ها تدوین شود. ضعف سیاست‌گذاری مشارکتی به‌ویژه برای مسائل عمومی پیچیده جامعه یکی از دلایل اجرای ناموفق سیاست در مراحل بعدی است. بازیگران کلیدی باید به‌صورت افقی و عمودی در فرآیند تدوین سیاست مشارکتی به هم متصل شوند؛ بنابراین، سیاست‌گذاران (مدیران ارشد)، نخبگان سیاسی دولت، کارشناسان اداری، متخصصان فنی مربوطه و در صورت لزوم، نمایندگان از گروه‌های ذینفع کلیدی باید در فرایند تدوین سیاست حضور داشته باشند. آن‌ها باید از مهارت‌های فنی و سیاسی کافی برخوردار باشند تا بتوانند سیاست‌های خوبی برای حل مسئله تدوین کنند. خوش‌بینی بیش‌ازحد موجب تدوین سیاست‌های غیرقابل اجرا خواهد شد. مزایا، هزینه‌ها و خطرات احتمالی گزینه‌های سیاستی باید با استفاده از اطلاعات عینی



مشخص شود. همچنین، با استفاده از مدل‌های، اقتصادی، ریاضی، کامپیوتری و پژوهش عملیاتی باید به پیش بینی نتایج اجرای راه کارهای پیشنهادی در آینده پرداخت تا راه کارهایی انتخاب شوند که بیشترین منفعت و کمترین عوارض جانبی را داشته باشد. عواملی مانند درک ضعیف مسئله، دانش ناکافی از زمینه اجرا، اهداف نامشخص و متناقض، شواهد بی کیفیت و فقدان حمایت سیاسی منجر به طراحی یک سیاست ضعیف می شود. قوانین و مقررات دانش تخصصی، اعتقادات و ارزش های جامعه، گروه های قدرت و فشار و حمایت دولت و مردم بر اثر بخشی سیاست های سلامت اثر می گذارند و باید در فرایند تدوین سیاست مورد توجه جدی قرار گیرند. حمایت های لازم باید برای سیاست تدوین و تصویب شده کسب شود.

مرحله سوم: اجرای سیاست:

سیاست سلامت برای اینکه منجر به ارتقای سلامت مردم شود، باید به درستی اجرا شود. محیط اجرای سیاست بسیار پیچیده، با قابلیت سازگاری بالا و گاهی اوقات غیرقابل پیش بینی است. در نتیجه، منطق علی خطی که به موجب آن اهداف ابزارها و ابزارها نتایج را تعیین می کنند. در سیاست گذاری مشکلات پیچیده جواب نمی دهد.

اجرای یک سیاست یک فرآیند سیاسی و فنی است. عوامل زمینه ای و فرهنگی نقش مهمی در اجرای سیاست ها دارند. سیاستی که در یک منطقه با موفقیت اجرا شود، لزوماً در منطقه دیگر همان نتایج را نخواهد داشت؛ بنابراین، رویکرد از بالا به پایین در اجرای سیاست با این تفکر که سیاستی که خوب نوشته شد، خوب هم اجرا خواهد شد، عملی نخواهد بود. مخالفت ذی نفعان کلیدی، کمبود منابع انسانی و فیزیکی، نداشتن برنامه اجرایی مناسب، تعارض با سایر سیاست های موجود، کمبود اراده سیاسی و انگیزه پایین مدیران و کارکنان سازمان های بهداشتی و درمانی مجری سیاست ها از موانع مهم اجرای درست سیاست های سلامت هستند؛ بنابراین، در سطوح اجرایی باید یک برنامه برای اجرای صحیح سیاست تدوین و اجرا شود سازمان ها باید از ظرفیت و توانایی لازم برای اجرای سیاست برخوردار باشند. دستورالعمل ها و راهنماهایی باید برای اجرای سیاست تدوین شوند. منابع لازم فراهم شود. اجرای پایلوت سیاست به منظور شناسایی موانع احتمالی و رفع آن ها و در صورت لزوم اصلاح سیاست بسیار مفید خواهد بود.

مرحله چهارم: ارزشیابی سیاست:

در این مرحله میزان دستیابی به اهداف سیاست در راستای حل مسئله باید بررسی شود. سیستمی باید برای پایش و ارزشیابی سیاست های تدوین و اجرا شده طراحی شود که در بازه های زمانی مناسب با استفاده از شاخص های عمل کردی



کلیدی به ارزشیابی اثرات اجرای سیاست بر سلامتی مردم بپردازد. پیشرفت برنامه‌های اجرای سیاست باید به صورت منظم ارزیابی شود و میزان تأثیر سیاست در رفع مسئله با استفاده از شاخص‌های کلیدی عمل کردی ارزشیابی شود. (Hudson B, 2019; Hunter D, Peckham S 1-4)

علل عدم تحقق اهداف سیاست باید شناسایی شود. انحرافات به وجود آمده نسبت به اهداف تعیین شده سیاست باید تعیین شوند و اقدامات اصلاحی برای رفع این انحرافات بکار گرفته شوند. اثرات خواسته و ناخواسته سیاست در جامعه باید شناسایی و تحلیل شوند. روش‌های ارزشیابی سیاست شامل استفاده از شاخص‌های عمل کردی، ارزشیابی اثر، تحلیل هزینه - منفعت تحلیل هزینه - اثربخشی است. از مطالعات اقدام پژوهی مشارکتی می‌توان برای ارزیابی‌های تکوینی و نهایی سیاست‌های سلامت استفاده کرد. سیاست‌مداران و سیاست‌گذاران باید زمان بیشتری به سیاست‌های پیچیده بدهند تا دست آوردهای واقعی خود را نشان دهد بنابراین، با دستاوردهای مثبت اولیه مغرور نشوند و در صورت عدم دستاوردهای چشم‌گیر در ابتدا، ناامید نشوند، هزینه‌های سیاست‌گذاری در بلندمدت با منافع بلندمدت آن جبران خواهد شد.

پایش سیاست: فرآیند اجرای سیاست باید به‌طور مستمر با استفاده از شاخص‌ها پایش شود تا در صورت نیاز اقدامات اصلاحی به هنگام اجرای سیاست بکار گرفته شود. در صورت لزوم محتوای سیاست هم باید بر اساس بازخوردهای ارائه شده اصلاح شود. پایش مستمر فرآیندهای اجرای سیاست با استفاده از شاخص‌های کلیدی منجر به بهبود شفافیت، تقویت یادگیری و افزایش پاسخ‌گویی سیاست‌گذاران خواهد شد و شانس دستیابی به اهداف سیاست را افزایش خواهد داد.

بحث و نتیجه‌گیری

طرح تحول نظام سلامت نکات مثبت و خروجی‌های مطلوبی نظیر کاهش پرداخت از جیب مردم در بخش بستری دولتی، بهبود دسترسی و ارائه خدمات تخصصی در مناطق محروم و پوشش نیازهای درمانی جمعیت نیازمند فاقد بیمه را برای نظام سلامت ایران به ارمغان آورده است؛ اما با شروع طرح تحول نظام سلامت و کاهش پرداخت از جیب مردم در بخش بستری دولتی، امید آن می‌رفت که در ادامه به اصلاح سازوکارهای نظام سلامت همچون اصلاح نظام بیمه‌ای با خرید راهبردی خدمات بر مبنای راهنماهای بالینی، اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع بر مبنای پرونده الکترونیک سلامت، اصلاح روند تجویز و مصرف دارو تجهیزات پزشکی و خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی باهدف جلوگیری از تقاضای القایی فزاینده، اجرای برنامه‌های پیش‌گیری محور بر اساس تأکید سیاست‌های کلی سلامت، اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر عدالت و کارایی (منطبق بر



سیاست‌های کلی سلامت)، اجرای قانون تمام‌وقتی پزشکان و اساتید تمام‌وقت جغرافیایی در بخش دولتی، ایجاد دسترسی عادلانه به خدمات سلامت با توزیع مناسب و بهینه نیروی انسانی و زیرساخت‌ها در مناطق مختلف کشور به‌ویژه مناطق محروم پرداخته شود و به تحول واقعی در نظام سلامت برسیم؛ اما اجرای گام سوم طرح تحول علاوه بر تحمیل هزینه‌های بالا، سیستم سلامت را بیش از قبل به سمت درمان محوری هدایت نمود؛ به‌طوری‌که درمجموع شرایطی حاصل شد که مجلس شورای اسلامی برای جبران بدهی بیمه‌ها به بیمارستان‌های دولتی در چند مرحله مصوب کرد دولت اوراق مرابحه با سود ۱۵ درصد در محل هزینه کرد منتشر کند تا با خرید اوراق توسط مردم، بیمه‌ها بتوانند بدهی خود را پرداخت کنند. نظیر این کار در مورد بدهی به شرکت‌های پخش دارویی با انتشار ۲ هزار میلیارد تومان اوراق قرضه با سود ۱۶ درصد و در سررسیدهای یک‌ساله و دوساله تکرار شد.

از آنجاکه ادامه این روند منجر به انباشت بدهی‌های بیمه‌ها و ورشکستگی نظام بیمه‌ای کشور خواهد شد، لذا لازم است تا برنامه‌های نظام سلامت کشور بر اساس سیاست‌گذاری‌های صحیح و اصولی همچنین اجرای دقیق و تخصصی با نظارت و ارزشیابی سخت‌گیرانه بتواند مسیر پیشرفت و توسعه خود را به سلامت طی کند و منشأ خدمات عادلانه و بهینه گردد؛ و برای این امر راه کارهای زیر پیشنهاد می‌گردد:

۱- برنامه ریزی در جهت تغییر سیاست‌ها به علت رشد و تغییر هرم جمعیتی از جوانی به پیری، که مستلزم بالا رفتن هزینه های درمان خواهد شد.

۲- تلاش در جهت کاهش و خروج از نقش تصدی گری دولت و ایفای وظایف حاکمیتی با سیاست گذاری های کلان همچون ، به کار گیری بخش خصوصی، توسعه اقدامات پیش گیرانه، حمایت از رشد شرکت های دانش بنیان و تولید داخل، توسعه مراکز علمی و درمانی، توسعه دیپلماسی بین المللی و بهره گیری از علوم و فن آوری های روز دنیا و... که باعث کاهش هزینه های سنگین نظام سلامت نیز می شود.

۳- تجمیع و یکپارچگی و دوری از موازی کاری سازمان ها و نهادهای متولی سلامت و تامین، می تواند در جهت مدیریت بهتر منابع و سیاست گذاری واحد سازماندهی مناسبی را به امر سلامتی دهد.

۴- تجمیع خدمات بیمه عمومی در یک بیمه متمرکز و تخصیص سرانه بودجه‌ای در صندوق آن بیمه، در جهت خدمت رسانی بهتر و عادلانه.



۵- تغییر سیاست ها از درمان محوری به سلامت محوری که همان اقدامات پیشگیرانه را می تواند شامل شود.

۶- تشکیل تیم های ارزیاب غیر وابسته به وزارت متولی، جهت بررسی بازخورد اقدامات اجرایی سیاست ها و بکار گیری آن ها به دوراز هرگونه تعصب سازمانی و وزارتی جهت اصلاح سیاست گذاری ها و بهبود امور.

منابع و مأخذ

۱- آریایی نژاد، احمد، اسماعیلی، محمد، پیکان پور، سجاد، راسخ، حمیدرضا، یوسفی، نازیلا، (۱۳۹۷)، **مروری بر دستاوردها و**

چالش های طرح تحول نظام سلامت ایران، نشریه پایش پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، سال هفدهم، شماره پنجم، مهر
آبان ۱۳۹۷

۲- آقای، جعفر، براری، فاطمه، حیدرزاده، آبتین، قنبری، عاطفه، مودب، فاطمه (۱۳۹۶)، **طرح تحول نظام سلامت نگاهی نو به ارائه**
خدمات سلامت چالش های فرا روی آن، مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم، دوره بیستم شماره اول پیاپی ۶، بهار ۱۳۹۶

۳- پور جمشیدی، زهره، حسینی تبار، سیده یسنا، درخشان، محمدحسن، نشاط، رامش (۱۳۹۷)، **چالش های پیشروی نظام سلامت در**
ایران، فصلنامه بهروز، سال بیست و هشتم، تابستان ۱۳۹۷

۴- دشمن گیر، لیلا، رواقی، حمید (۱۳۹۴)، **نظریه ها و الگوهای سیاست گذاری برای تحلیل سیاست های نظام سلامت**، مجله
تحقیقات نظام سلامت حکیم، بهار ۹۴، دوره هیجدهم، شماره اول، پیاپی ۶۸

۵- شیخی چمان، محمدرضا (۱۳۹۹)، **چرخه سیاست گذاری، مدیریت و اقتصاد نظام سلامت**، مجله راهبردهای مدیریت در نظام
سلامت، سال پنجم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۹، شماره پیاپی ۱۷

۶- سپندی، مجتبی، علیدادی، ابوذر، عامریون، احمد (۱۳۹۵)، **فرصت ها و چالش های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در**
اجرای اصلاحات در نظام سلامت، مجله پژوهش، سلامت، دوره ۱، شماره ۳۰، بهار ۱۳۹۵

۷- مصدق راد، علی محمد (۱۴۰۰)، **مدل کاربردی سیاست گذاری و تحلیل سیاست سلامت**، مجله پایش، سال بیست و یکم، شماره
اول، بهمن- اسفند ۱۴۰۰

8. Barati O, Khamarni M, Sadeghi A, Siavashi E(2016), Skills, capabilities, and requirements of hospital managers: a qualitative study. J Qual Res Health Sci , 5(1)2016: 17-28. Persian



دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه با همکاری گروه های پژوهشی حقوق شهروندی و
حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق

کنفرانس ملی ارتقای سلامت شهری حقوقی پزشکی فرا روی

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION &
IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



9. Cohen MD, March JG, Olsen JP(1972), A garbage Can model of organizational choice. Administrative Sciences Quarterly1972 , 17:1-25
10. Esfandiar M, Rasi V, Khodamoradi A(2016), Health Transformation Plan in Stably Pathway. 1st Edition, Research Institute of Iran Social Security Organization: Tehran, In Persian
11. Greene JC(2005), The generative potential of mixed methods inquiry. International Journal of Research and Method in Education 2005;28:207-11
12. Iran Food and Drug Administration website. Rapid Review of the Iran Health Transformation Plan (HTP); 2015. Available at: <http://fda.gov.ir/> In Persian
13. Mosadeghrad AM, Abbasi M(2020), Managerial intelligence of hospital managers in Sari, Iran. Manage Strat Health Syst , 4(4): 281-94. doi: 10.18502/mshsj.v4i4.2483. Persian
14. Meier GM(1991), Politics and policy making in developing countries: Perspectives on the new political economy. International Center for Economic Growth Press: San Francisco1991
15. Hudson B. Hunter D, Peckham S(2019), Policy failure and the policy-implementation gap: can policy support programs help? Policy Design and Practice 2019;2:1-4



The challenges of the health system transformation plan and its promotion solutions in the macro policies of the country

Maghsoud Zavvar

Master's degree in criminal justice and criminology, Maragheh branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran
(corresponding author)
Ranginkamans79@gmail.com

2. Nahid Zavvar

Bachelor of Nursing, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran

zavvarnurse@gmail.com

3. Arezou Ghorbani

Master's Degree in Private Law, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Maragheh, Iran
arezoughorbani21@gmail.com

Abstract

The first step of human growth and excellence is maintaining his physical and mental health. Therefore, considering the importance of this matter, the health authorities established the plan for the transformation of the health system, and despite the remarkable successes, they have faced many problems. This research has been done with the aim of examining the existing challenges facing the health system transformation plan and providing solutions to improve the health system with correct policies in a library method. Basically, the decision-making body should consist of expert, experienced people with all the relevant expertise to verify the realization of the policies according to the existing and upcoming challenges and various factors. Policies should be based on a correct understanding of the challenges and successful decision-making based on it, taking into account the limited financial possibilities and resource provisioning methods, providing for the lack of specialized and efficient human resources, equipping medical centers with modern technology, providing and producing all the required drugs. Employing expert, committed, capable and courageous managers, paying attention to the job satisfaction and financial and physical health of the health service personnel, lack of standard medical centers in different regions of the country and efforts to comply with health justice, prioritizing services with attention To the limit of possibilities, foresight in decisions and preparation to deal with newly emerging diseases and epidemics... in order to improve the path of growth and excellence of health in the society.

Keywords: health system, policy making, challenge.