چالش‌های سیاست‌گذاری و ضرورت ایجاد ساختارهای منسجم برای کمک به تصمیم‌گیری آگاه از شواهد در نظام سلامت کشور

آرش رشیدیان*

دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نویسنده مسؤول: خیابان ایتالیا، شماره ۷۸، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، سیاست‌گذاری مسؤول برای سلامت عمومی را این طور تعریف کرد: "قرار دادن سلامت در دستور کار سیاست‌گذاران تمام بخش‌ها و تمام سطح‌ها، هدایت سیاست‌گذاران به آگاهی از پیامدهای تصمیمات آن‌ها بر روی سلامتی و پذیرش مسؤولیت در قبال سلامت" (۱). این تعریف بر نقش تولیتی و مسؤولیت گسترده کسانی که سکان هدایت نظام سلامت را در دست می گیرند تأکید دارد.

حوزه سلامت البته شرایط ویژه‌ای دارد. نخست آن که عوامل و شرایط متعددی سلامت جامعه را شکل می‌دهند. بنابراین شناخت بهترین مداخلاتی که می‌تواند سلامت جامعه را بهبود بخشد آسان نیست. به عنوان مثال، با آن که کسی در اهمیت خدمات بهداشتی یا فواید حضور پزشک در مناطق محروم شکی ندارد، دشوار بتوان گفت که آیا ساخت مدرسه و سوادآموزی در یک روستا –در درازمدت– بر سلامت مردم مؤثرتر است یا حضور پزشک در روستایی که با چالش سواد و آگاهی عمومی مواجه است. البته خوشبختانه زیرساخت‌های توسعه‌ای مناطق محروم کشور در سال‌های پس از انقلاب اسلامی به صورت همزمان گسترش یافتند. سوادآموزی و جهاد سازندگی در کنار گسترش شبکه بهداشت و درمان کشور، تأثیری شگرف و مثال‌زدنی در گسترش سلامت عمومی داشتند (۲). اما مثال‌های متعدد دیگری نیز وجود دارند که تصویر راه‌حلی برای آن‌ها از آن چه گفته شد نیز دشوارتر است. مثلاً در شرایط جدی آلودگی هوا، چگونه باید سلامت مردم را در مقابل بیماری‌های تنفسی و قلبی تأمین کرد؟ چگونه می‌توان صنعت خودروسازی را به تولید اتومبیل‌هایی با ایمنی بهتر سوق داد تا تصادفات و آسیب ناشی از آن‌ها کاهش یابد؟ در شرایط آلودگی هوا در کلان شهرها و معضل ریزگردها، تأسیس درمانگاه بیماری‌های تنفسی چقدر بر سلامت مردم تأثیر می‌گذارد؟ در حالی که تصادفات و سوانح ترافیکی زیادی رخ می‌دهند، افزایش تعداد آمبولانس چقدر راهگشا خواهد بود؟

دوم آن که گسترش امکانات و زیرساخت‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی همواره با دشوارای‌های ناشی از محدودیت منابع رو به رو بوده است. افزایش، بازسازی و بهسازی تخت‌های بیمارستانی هزینه‌بر است. تأمین دارو و تجهیزات و نظایر آن نیز به همین صورت. تأمین پزشک و پرستار و داروساز و دیگر کارکنان برای مناطق کمتر برخوردار و مهم‌تر از آن حفظ پزشک و پرستار و داروساز و دیگران در آن مناطق، مسأله دیروز و امروز و فردای نظام سلامت است (۳). حتی جایی که پول و نیروی انسانی هست، تمایل جدی به "ماندن در مرکز" و "گریز از پیرامون" دیده می‌شود. تخت‌های بیمارستانی یا پزشکان حاضر در مراکز استان‌ها را شاید می‌شد بهتر در شهرستان‌ها توزیع کرد. اما توجه شود که حتی در کلان‌شهرهای تهران و شیراز و مشهد و نظیر آن، نقاطی از شهر با تراکم بالای امکانات درمان و پزشک مواجه است، و مناطقی دیگر از شهر و حاشیه آن، محرومیتی بیش از شهرستان‌های دور دارند (۴). چرا به رغم سیاست‌گذاری گسترده، هنوز تخت‌های بیمارستانی در تهران بزرگ و مشهد (بزرگ) توزیعی بسیار نامتناسب دارند؟ البته مشکل توزیع تخت در شهرستان‌ها را نمی‌توان با راه حل‌های ساده درمان کرد. مثلاً دشوار بتوان گفت که سیاست تأسیس بیمارستان‌های بسیار کوچک (مثلاً ۳۲تختی) تأثیری جدی بر گسترش سلامت داشته است. آیا گسترش امکانات خدمات سرپایی در کنار انتقال بیمار هزینه اثربخش‌تر و برای سلامت اهالی مفیدتر است یا ساخت بیمارستان کوچکی که امکانات کافی ندارد و احتمالاً هرگز نخواهد داشت؟ آیا تأسیس دانشکده‌های علوم پزشکی در شهرستان‌های متعدد، تأمین کننده سلامت مردم و تضمین‌کننده آموزش با کیفیت خواهد بود؟ تربیت و اعزام متخصص زنان و زایمان به شهرستان دور مفیدتر است یا توانمندسازی ماماها در زایمان ایمن؟ با آن که سال‌هاست برنامه‌های سطح‌بندی خدمات درمانی به سؤال‌هایی نظیر این‌ها پرداخته‌اند، در عمل

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

برنامه‌ریزی و اجرای این مداخلات دشوار و با فراز و نشیب (حتی در سطح قانون‌گذاری) همراه بوده است.

سوم این که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای بسیاری از اقدامات داخل حوزه خود نیازمند تعامل با کسانی است که در خارج از این حوزه هستند، نگاهی متفاوت به صورت مسأله دارند و اغلب راه‌حل را دیگر گونه می‌بینند. نگاهی به برنامه پزشک خانواده به عنوان یکی از اصلی‌ترین برنامه‌های این وزارت از سال ۱۳۸۴ تاکنون برای نشان دادن چالش کافی است (۵). اختلاف دیدگاه و اختلاف برنامه میان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با سازمان‌های بیمه‌گر اصلی و یا وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مسأله‌ای مهم در برنامه پزشک خانواده بوده است (۶). هنوز چالش‌های سالانه در نحوه تخصیص مالی و پایش عملکرد پزشک خانواده روستایی حل نشده بودند که اختلاف‌نظرهای جدی‌تری در شیوه اجرا، میزان پوشش، حوزه عملکرد و نحوه تأمین مالی پزشک خانواده شهری بروز یافتند. ارایه برنامه‌های رقیب از سوی سازمان تأمین اجتماعی (مثلاً «درمانگاه‌های معین» یا «پزشک امین») تنها بخشی از این چالش بوده است. به رغم توافق‌های رسمی در سطح وزیران و مدیران عالی، چالش‌ها در سطح استان و شهرستان باقی مانده‌اند. سؤال اینجاست که مطالعات علمی و آزمون دقیق و طولانی مدت برنامه‌ها چقدر می‌توانسته از بروز این مشکلات پیشگیری کند و در اجرای موفق برنامه پزشک خانواده مؤثر باشد؟ بحث‌های مشابهی را نیز می‌توان در زمینه‌های دیگر مطرح کرد. نقش و مسؤولیت دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر در کاهش هزینه از جیب خانوار در هنگام دریافت خدمات چه بوده و چگونه تعامل شده است؟ (۷) در بروز و کنترل اپیدمی‌های عفونی فصلی و بیماری‌های منتقل از دام، بخش‌های دیگر نقش خود را چگونه انجام می‌دهند و موفقیت حوزه بهداشت چگونه تعیین می‌شود؟ بحث‌های ساختار تعرفه‌ای و پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی نمونه‌های دیگری از ضرورت توجه به نقش سازمان‌های بیرونی در موفقیت یا شکست برنامه‌های اصلی بهداشت و درمان فراهم می‌کنند (۸ و ۹).

چهارم آن که بزرگی و پیچیدگی حوزه سلامت سبب می‌شود هماهنگی و تصمیم‌گیری منسجم در درون وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نیز با چالش مواجه شود. برای مثال می‌شود از برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی و یا مدیریت بیماری‌های مزمن نام برد. چگونه می‌توان تعامل مؤثر برنامه‌های اعتباربخشی درمانی و حاکمیت خدمات بالینی در حوزه معاونت درمان را فراهم ساخت؟ (۱۰) و این برنامه‌ها چگونه با برنامه‌های "بیمارستان‌های هیأت امنایی" و دستورعمل‌های مرتبط با آن در حوزه معاونت‌های درمان و پشتیبانی و ارزشیابی‌های آموزشی بیمارستان‌ها در حوزه معاونت آموزشی هماهنگ و همزبان می‌شوند؟ مهم‌تر آن که هماهنگی در حوزه ستاد چگونه به هماهنگی در بین واحدهای مجری در سطح معاونت‌ها و ادارات دانشگاه‌ها تبدیل می‌شود؟ در مدیریت بیماری‌های مزمن (مثلاً افزایش فشار خون)، بخش‌های مرتبطی در معاونت بهداشت (بیماری‌های قلبی، مدیریت شبکه، آموزش و ارتقای سلامت و...)، در معاونت درمان، در سازمان غذا و دارو، در معاونت آموزش و در ستاد وزارت (دبیرخانه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی) نقش دارند. چقدر برنامه‌ها هماهنگ و منسجم و در عین حال آگاه از شواهد علمی پیش می‌روند؟ به خوبی می‌توان پیچیدگی تصمیم‌گیری‌ها در درون حوزه سلامت کشور را تصور کرد. به مثال دیگری توجه بفرمایید. به رغم تأثیر بسیار مثبتی که بوردهای آموزشی در ارتقای کیفیت آموزش و حوزه افق رشته‌های مختلف آموزش پزشکی داشته‌اند، بعضی تصمیم‌های این بوردها احتمالاً بر تخصص‌گرایی بیش از حد در بهداشت و درمان، افزایش هزینه‌های درمانی در جامعه و گاه حتی محرومیت برخی افراد از بعضی خدمات تأثیر گذاشته‌اند. ایجاد مدل‌های مؤثر ارتباط میان بوردهای آموزشی و ادارات مرتبط در معاونت‌های بهداشتی و درمان وزارت، برنامه‌ریزی و دقت نظر فوق‌العاده‌ای می‌خواهد.

پنجم آن که پژوهش‌های بومی در حوزه نظام سلامت، به رغم گسترش قابل توجه در سال‌های اخیر، هنوز در مرحله کودکی از رشد خود هستند. نتیجه آن که برای پاسخ به سؤال‌های بالا و بسیاری سؤال‌های دیگر، سیاست‌گذار با کمبود شواهد قابل اعتماد مواجه است (۱۱). در بسیاری موارد نیز شواهد در زمان لازم به دست سیاست‌گذار نمی‌رسند، یا به زبان مناسب به سیاست‌گذار ارایه نمی‌شوند و یا سیاست‌گذار از آن‌ها مطلع نمی‌گردد (۱۲).

این‌ها البته فقط مثال‌هایی از چالش‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در تصمیم‌گیری آگاهانه است. در سال‌های اخیر، مدیران ارشد نظام سلامت کشور و وزیران مختلف بهداشت درمان و آموزش پزشکی بر اهمیت سیاست‌گذاری‌هایی تأکید کرده‌اند که با توجه به بهترین شواهد و نتایج مطالعات علمی و با توجه به شرایط کشور و دیدگاه صاحب‌نظران و ذی‌نفعان کلیدی شکل گرفته باشند. علاوه بر فرهنگ‌سازی و گسترش دانش مرتبط با نظام سلامت، ایجاد زیرساخت‌های لازم برای چنین تصمیم‌گیری‌های آگاه از شواهد علمی در نظام

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

سلامت ضرورت دارد. البته به انجام رساندن این ضرورت از چالش‌های حوزه‌های بهداشت و درمان و البته آموزش پزشکی است و نظیر این چالش‌ها در دیگر حوزه‌های تصمیم‌گیری عمومی نیز به چشم می‌خورد.

پاسخ به چالش نخست (تأثیر عوامل متعدد اجتماعی و محیطی بر سلامت) در تلاش در سیاست‌گذاری عمومی مبتنی به شواهد و آگاه از سلامت بر می‌گردد. اجرای دقیق برنامه "سلامت در همه سیاست‌ها[1]" (۱۳) و توجه به ارزیابی تأثیر سیاست‌های حوزه عمومی بر سلامت[2] (۱۴) می‌توانند بخشی از پاسخ به این چالش را شکل دهند. ضمن آن که ضرورت می‌یابد فرهنگ همه‌جانبه‌بینی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در کلان سیاست‌های کشور و برنامه‌ریزی‌های توسعه شهری و روستایی و آمایش سرزمین گسترش یابد.

اجرای دقیق برنامه‌های سطح‌بندی خدمات، پاسخی به چالش دوم (گسترش ساختاری نامتوازن نظام سلامت) است. سطح‌بندی خدمات سلامت، نوعی برنامه آمایش سرزمینی در حوزه بهداشت و درمان است. البته برنامه موجود در کشور، خود کمبودهای مهمی دارد که از جمله آن، تأکید زیاد بر مفهوم "بیماردهی" در برنامه است. لازم است به جای بیماردهی، به نیازهای جمعیتی و توزیع جمعیت توجه شود تا بتوان انتظار داشت که توزیع تخت‌ها و امکانات بیمارستانی در کل کشور و همین طور در کلان‌شهرها و حاشیه آن‌ها بهبود یابد (۳). البته مکانیسم‌هایی لازم است که مانع از گسترش ساختاری بر مبنای فشارهای سیاست‌مداران محلی –بدون توجه به نیازهای واقعی مناطق– شود. اصلاح برنامه‌های پرهزینه و کم‌اثری مانند تأسیس بیمارستان‌های ۳۲ تخته نیز از آن جمله‌اند.

بخش زیادی از تلاش در پاسخ به چالش سوم (ناکافی بودن همکاری بین‌بخشی)، به فرهنگ‌سازی و هم‌زبانی میان‌بخشی بازمی‌گردد. ساز و کار تصمیم‌گیری در کشور این است که بسیاری از تماس‌های برنامه‌ریزان وکارشناسان حوزه‌های مختلف با یکدیگر در زمان دفاع از برنامه‌هاست (مثلاً در مباحث مرتبط با شورای عالی بیمه). چنین تماس‌هایی نمی‌تواند زیرساخت لازم برای هم‌زبانی و تیم‌سازی بین‌بخشی فراهم کند. تکرار برنامه‌های مشترک آموزشی نظیر آن چه در قالب برنامه اصلاحات نظام سلامت در آغاز دهه ۸۰ انجام شدند، می‌تواند مفید باشد.

چالش چهارم (ناکافی بودن همکاری درون‌بخشی) نیز روی دیگر چالش سوم، و البته در درون وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. رقابت‌های برنامه‌ای میان ادارات مختلف که در حین پیشبرد کارها و در زیر فشار اجرای سریع صورت می‌گیرد، نیازمند توجه بیشتر است. همین طور حرفه‌ای‌سازی مدیریت نظام سلامت و پرهیز از انتصاب کسانی در مدیریت‌های درونی وزارت که سابقه تصمیم‌گیری در این سطح و تعامل نزدیک با برنامه‌ها را ندارند، می‌تواند بخشی از پاسخ باشد.

در نهایت لازم است در پاسخ به چالش پنجم (نیاز به پژوهش‌های کمک کننده به سیاست‌گذاری)، برنامه‌های پژوهش‌های نظام سلامت و به خصوص کارهایی که در زمینه "ترجمان دانش" در سال‌های اخیر صورت گرفته‌اند توسعه یابند. گسترش توانمندی در نگارش خلاصه‌های سیاستی[3] و تمایل مجلات علمی پژوهشی به چاپ این خلاصه‌ها می‌تواند گام مهم دیگری در پاسخ به این چالش باشد.

در پایان شاید لازم است چالش ششمی را که بر تمام تصمیم‌گیری‌ها تأثیر می‌گذارد، به فهرست اضافه کرد. تضاد منافع[4] می‌تواند بر تمام لایه‌های تصمیم‌گیری‌های نظام سلامت تأثیر منفی بگذارد و راه رفع آن نیز شناخته شده است: آشکارسازی هر نوع تضاد منافع.

شاید مجموعه این چالش‌ها و یا چالش‌های دیگر سیاست‌گذاری در حوزه بهداشت و درمان ضرورت ایجاد ساختارهایی را که نقش آن‌ها فراهم کردن "شواهد مناسب، در زمان مناسب و به زبان مناسب" برای تصمیم‌گیری است، بیش از پیش نشان می‌دهند.

[1] Health in all policies
[2] Health impact assessment
[3] Policy briefs
[4] Conflict of interest

References

1- World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. 1st International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada; 1986.

2- World Health Report 2008. Primary care, now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.

3- Rashidian A, Yousefi-Nooraie R, Azemikhah A, Heidarzadeh M, Changizi N, Basir FM, et al. Perinatal care regionalization and geographical distribution model in the Islamic Republic of Iran. Hakim Research Journal 2008; 11(2): 1- 11.

4- Shafii M, Rashidian A, Nayeri F, Charrahi Z, Akabrisari A, Hamoozadeh P. Geographical Distribution and Presenting Initial Map of Hospital Services Regionalization for Mother and Infant in Tehran. Hakim Research Journal 2012; 15(1): 1- 12.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]

5- Takian AH, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician program in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. Family Practice 2013 doi:10.1093/fampra/cmt025.
6- Takian AH, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in reengineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. Health Policy and Planning 2011 26(2):163-73.
7- Kavosi Z, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, et al. Inequality in household catastrophic healthcare expenditure in a low-income society of Iran. Health Policy and Planning 2012 27(7): 613-623.
8- Doshmangir L, Rashidian A, Akbari Sari A. Unresolved issues in medical tariffs: Challenges and respective solutions to improve tariff system in Iranian health sectors. Hospital Journal 2011, 10(4): 2-10. (in Persian)
9- Dehnavieh R, Rashidian A, Maleki MR. Challenges of determining basic health insurance package in Iran. Payesh 2011; 10: 273-283. (in Persian)
10- Rashidian A. Clinical governance in Tehran University of Medical Sciences: improving quality of health care services (a case study). Hospital Journal 2009 (5): 27-32. (in Persain)
11- Yousefi-Nooraie R, Rashidian A, Nedjat S, Majdzadeh R, Mortaz-Hedjri S, Etemadi A, et al. Promoting development and use of systematic reviews in a developing country. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2009; 15: 1029-1034.
12- Majdzadeh R, Nedjat S, Denis JL, Yazdizadeh B, Gholami J. Linking research to action' in Iran: two decades after integration of the Health Ministry and the medical universities. Public Health 2010; 124(7):404-11.
13- Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S. Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies. Finland, Ministry of Social Affairs and Health; 2013.
14- Collins J, Koplan JP. Health impact assessment: a step toward health in all policies. JAMA 2009; 302(3): 315-317.

Please cite this article as follows:

Rashidian A. Policy Making Challenges, and the Need for Introducing Formal Structures for Evidence Informed Decision Making in the Health System. Hakim Research Journal 2014; 16(3): 258-261.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-25]