مقاله پژوهشی

ارزیابی میزان اجرای مواد قانونی مرتبط با حوزه سلامت در برنامه ششم توسعه

نیوشا شهیدی صادقی[۱]، سمیه صدیقی[۱]، محمد بختیاری علی‌آباد[۱]، مهدی مختاری پیام[۲]*

۱- دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران.
۲- دکتری سیاست‌گذاری سلامت، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** پاسداران، روبروی پارک نیاوران، مرکز پژوهش‌های مجلس. شماره تماس: ۰۲۱۸۶۷۰۲۴۸۸، نمابر: ۰۲۱۸۶۷۰۲۴۸۸، mhdmktp@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۲ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۲**

چکیده

مقدمه: *پژوهش حاضر به ارزیابی میزان اجرای مواد قانونی مرتبط با حوزه سلامت در برنامه ششم توسعه پرداخت.*

روش کار: *پژوهش ترکیبی متوالی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مرحله اول با هدف شناسایی اقدامات در ۳ گام بررسی اسناد، فرم گردآوری داده و پالایش داده‌ها با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مرحله دوم در ۳ گام احصای شاخص‌ها ازطریق بررسی اسناد و فرم گردآوری داده، اولویت‌بندی از طریق پرسشنامه محقق‌ساخته و درنهایت توافق جمعی و وزن‌دهی با نشست خبرگان از طریق چارچوب بحث انجام شد. در مرحله سوم، پرسشنامه مرحله قبل توسط ۳ گروه دستگاه، خبرگان بیرونی و خبرگان ناظر تکمیل شد.*

یافته‌ها: *برای ارزیابی مواد قانونی، ۱۲۲ شاخص به تفکیک بندها استفاده شد. میانگین میزان پیشرفت احکام از نظر خبرگان ناظر ۴۹درصد، خبرگان بیرونی ۴۳درصد و نظر دستگاه با تفاوت زیاد ۸۷درصد بود. ۳ گروه ارزیاب درخصوص ۳۵درصد بندها توافق داشتند. درخصوص موارد مورد اختلاف، حدود ۶۰درصد از ۲۹ بند نظر خبرگان ناظر و خبرگان بیرونی مشابه و غالبا دستگاه به خود امتیاز بسیار بیشتری داده است. تمرکز خبرگان بیرونی بیشتر روی شاخص‌های نتیجه‌ای و پیامدی بود. حدود ۴۳درصد شاخص‌ها، جزو شاخص‌های سند پشتیبان یا شاخص‌های کمی دارای مستندات بودند.*

نتیجه‌گیری: *بررسی و ارزیابی پیشرفت برنامه‌های توسعه با عنایت به کلیات و جزئیات، می‌تواند شامل شاخص‌های بسیار جزئی تا کلان باشد که در مطالعه حاضر مورد توجه قرار گرفت. استفاده از ۳ گروه ارزیاب، استفاده از منابع مختلف برای احصای شاخص‌ها، تکیه بر مستندات رسمی ازجمله سند پشتیبان و دستگاه‌های ناظر و نیز ارائه میزان پیشرفت اجرای برنامه به تفکیک بندهای مواد قانونی از نقاط قوت دیگر این پژوهش است.*

واژگان کلیدی: *ارزشیابی، ارزیابی عملکرد، برنامه توسعه، بخش سلامت، برنامه ششم توسعه*

مقدمه

توسعه مفهومی کیفی است که به دلیل دو مفهوم تغییر و رشد با مفهوم کمی و عینی نیز همراه است [۱]. برنامه‌های توسعه‌ای یا برنامه‌های میان‌مدت، نقش میانجی بین برنامه‌های بلندمدت (استراتژیک) و برنامه‌های کوتاه مدت (عملیاتی) را دارند. به عبارت دیگر، تحقق برنامه استراتژیک و آرمانی، علاوه بر تدوین برنامه توسعه‌ای، نیازمند پیاده‌سازی و اجرای برنامه عملیاتی است [۲]. بنابراین اثربخشی موثر برنامه‌های توسعه مستلزم هماهنگی و انسجام میان برنامه‌های بلندمدت (اسناد بالادستی)، میان‌مدت و کوتاه‌مدت خواهد بود، به نحوی که منجر به نوعی همگرایی و هم‌افزایی میان برنامه‌ها و دستیابی به اهداف توسعه‌ای شود [۲]. عامل دیگر موثر بر کارآمدی برنامه‌های توسعه، وجود امکانات، منابع و فرصت‌هاست. فراهم‌سازی آنها اعم از مالی و غیرمالی، سبب تسهیل در اجرای برنامه‌های عملیاتی، تأمین زیرساخت‌های لازم و

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

فعال و در نهایت اجرایی شـدن برنامه‌های توسـعه خواهد شد [۳].

امـا نکتـه پر اهمیت‌تـر، اطمینـان از اجرای درسـت برنامه‌های توسـعه‌ای اسـت که مسـتلزم درنظر داشتن و مقایسـه عملکردهای صورت گرفته با اهداف و شاخص‌های درنظر گرفته شـده در برنامه‌هاسـت. از این حیث، پایش و ارزیابی برنامه‌ها جزء جدایی‌ناپذیر برنامه‌ها بوده که منجر به اطمینان از اجرای آن احکام خواهد شد [۱].

برنامه‌های توسعه اهداف و وظایف هر یک از بخش‌های جامعـه را در هر حـوزه تعیین کرده و هر سـازمان دولتی تحقق بخشی از این اهداف را برعهده دارد. در ایران، پس از انقلاب اسـلامی تاکنون ۶ برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگـی به صورت ۵ سـاله با همـکاری دولت و مجلس تصویب و اجرا شـده که با چالش‌هـا و نقدهایی همراه بوده است. ازجمله چالش‌های اصلی در اجرای برنامه‌های توسعه، چالش‌هـای مربـوط به سیاسـت‌گذاران و مسـئولان اجرا، فقدان ضمانت اجرایی قوانین و فقدان شـاخص‌های ارزیابی اسـت [۴-۶]. بنابراین پژوهش حاضر به ارزیابی میزان اجرا مواد قانونی مرتبط با حوزه سـلامت در برنامه ششم توسعه پرداخت.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر نتایج از نوع مطالعات کاربردی، از نظر فرآیند اجرا ترکیبی از نوع متوالی با هدف سه‌سوسازی داده‌هـا، از نظر هدف پژوهش از نوع مطالعات اکتشـافی، از نظر منطق اسـتدلال استقرایی بوده و به صورت مقطعی در سال ۱۴۰۰ به انجام رسید. این مطالعه در ۳ مرحله متوالی به انجام رسید که هر کدام از مراحل شامل چند گام بودند.

مرحله اول با هدف شناسـایی اقدامـات صورت گرفته درخصوص مـواد قانونـی مرتبط حوزه سـلامت در برنامه ششـم توسـعه در ۳ گام به انجام رسـید. گام اول به روش تحلیـل اسـنادی به صورت کیفی به بررسـی کلیه اسـناد حاوی گزارش اقدامات احکام مرتبط با سلامت برنامه ششم تـا پایـان ۶ ماهـه اول ۱۴۰۰ پرداخت و سـپس اطلاعات مرتبط با اسـتفاده از فرم جمع‌آوری داده اسـتخراج شـد. نمونه‌گیـری در ایـن گام از نوع هدفمند بـا حداکثر تنوع بود و کلیه اسـناد شناسـایی شـده به صورت سرشـماری وارد مطالعـه شـدند. لازم به ذکر اسـت از آنجایی که همه منابع دارای ارزش علمی و محتوایی یکسـانی نیسـتند، با توجه به ۴ معیار معرفی شـده توسط اسکات شامل داشتن اصالت، اعتبار، نمایا بـودن و معنادار بودن گزینش منابع با کیفیت صورت گرفت [۷]. به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی داده‌ها براساس لوندمن و گرانهیم اسـتفاده شـد [۸]. سـپس در گام دوم با اسـتفاده از فرم گردآوری داده، اقدامات صورت گرفته توسط وزارت بهداشت و نیز واحدهای تابعه آن به تفکیک مواد قانونی با استفاده از خوداظهاری جمع‌آوری شد. بدین‌ترتیب در ابتدا فرم مذکور به همراه راهنمای تکمیل به سـازمان‌های مذکور ارائه شـد و پیگیـری طـی ۱۰ روز صورت گرفـت. در ادامه و در گام سـوم این مرحله، پالایش داده‌های جمع‌آوری شده از اسناد و سـازمان‌های مربوطه توسط ۳ نفر از اعضای تیم پژوهش به صورت جداگانه انجام شـد و در نهایت جمع‌بندی صورت گرفت.

مرحله دوم با هدف شناسـایی و وزن‌دهی شاخص‌های ارزیابی میزان اجرایی شـدن مواد قانونی مرتبط با سـلامت برنامه ششـم توسعه به انجام رسید. بدین‌ترتیب در گام اول بـه منظور احصـای تعدادی از شـاخص‌های اولیه، از روش تحلیل اسـنادی استفاده شـد. روش اجرای این گام از نظر فرآینـد بررسـی مشـابه روش اجـرای گام اول مرحله اول بود. سـپس در ادامـه این گام با اسـتفاده از فرم گردآوری داده، شـاخص‌های پیشنهادی دسـتگاه مربوطه جمع‌آوری شـد. بدین‌منظور، فرم مذکور به دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی وزارت بهداشـت و بیمه سـلامت ارائه و پیگیری به‌منظور دریافت انجام شد. پس از آن با حذف شاخص‌های تکراری، شـاخص‌های احصا شـده تا این مرحلـه در قالب پرسشـنامه محقق‌سـاخته برای خبـرگان بیرونی ارسـال شـد. این پرسشـنامه حاوی گزینه‌های تایید (با اسـتفاده از طیـف لیکـرت ۵ گزینه‌ای)، حذف و یا اصلاح شـاخص و نیز شـاخص‌های پیشـنهادی بود. خبرگان در این گام با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند از نوع موارد مطلوب یا اکید براسـاس معیارهـای فقدان تعـارض منافـع، تجربه بالای ۱۰ سـال در حوزه برنامه‌ریزی و سـلامت، زمینه تحصیلی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

در حوزه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، انجام پژوهش در زمینه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت به مطالعه وارد شدند و در نهایت ۱۰ نفر از خبرگان به تکمیل اطلاعات مربوطه پرداختند. گام بعدی این مرحله به منظور تایید و توافق جمعی بر روی شاخص‌ها و وزن‌دهی، به روش کیفی با استفاده از نشست خبرگان انجام شد. نمونه‌گیری در این گام نیز مطابق آنچه در گام قبلی ذکر شد انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از چارچوب بحث که شامل شاخص‌های احصا شده در گام قبلی بود استفاده شد و ۵ نفر خبره در این نشست مشارکت کردند. بنابراین شاخص‌ها به تفکیک هر یک از قوانین ارائه و به بحث و بررسی گذاشته شد. سپس به منظور وزن‌دهی شاخص‌های مذکور به تفکیک هر بند از قوانین برنامه با استفاده از فرم گردآوری داده که در جلسه توزیع شد، صورت گرفت. این فرم حاوی دو گزینه رتبه شاخص از نظر خبرگان و اهمیت نسبی شاخص براساس طیف لیکرت صفر تا ۱۰ بود. درمجموع دو نشست برگزار شد که به‌طور میانگین به مدت ۵,۵ ساعت به طول انجامید. تحلیل داده‌ها در نشست خبرگان با توجه به توافق جمعی آنها انجام شد، به این صورت که از طریق بحث پیرامون هر شاخص، توافق جمعی حاصل شد.

مرحله سوم که مرحله نهایی بود، با هدف ارزیابی میزان اجرایی شدن مواد قانونی مرتبط با سلامت برنامه ششم توسعه به انجام رسید. در این مرحله با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته که از مراحل قبل به دست آمده بود و در نشست خبرگان تایید شده بود، درصد میزان اجرایی شدن مواد قانونی مرتبط سلامت در برنامه ششم به تفکیک هریک از شاخص‌ها و نیز درصد کلی برای هر بند مواد قانونی به‌دست آمد. این پرسشنامه توسط ۳ گروه شامل دستگاه و واحدهای تابعه آن، خبرگان بیرونی و خبرگان ناظر تکمیل شد. نمونه‌گیری در این مرحله با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند از نوع موارد مطلوب یا اکید مطابق آنچه در مرحله سوم ذکر شد، به انجام رسید. گروه ارزیاب «دستگاه و واحدهای تابعه آن» شامل ۱۵ نفر از دفتر برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی وزارت بهداشت، مشاور وزیر در امور برنامه‌ریزی و سازمان بیمه سلامت بودند. خبرگان ناظر شامل ۱۰ نفر از مجلس شورای اسلامی و دیوان محاسبات کشور بودند. خبرگان بیرونی که در این مرحله مشارکت داشتند، شامل ۳ نفر زن و ۷ نفر مرد بودند و همگی دارای معیارهای ورود اعلام شده در روش پژوهش بودند.

ازجمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، کمبود پیمایش‌های ملی و داده‌های کمی قابل استناد مرتبط مواد قانونی قابل بررسی، دسترسی محدود به آمار و مستندات وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر و با توجه به نحوه ارزیابی و مستندات موجود، امکان ارزیابی کمی برای تعیین میزان دسترسی به اهداف قانون برنامه ششم بسیار سخت بود که محققان برای رفع این محدودیت از روش سه‌سوسازی داده‌ها استفاده کردند. همچنین گستردگی و تعداد زیاد و بندهای قانونی مورد بررسی نیاز به چندین مصاحبه و نشست‌های تخصصی داشت تا جمع‌بندی حاصل شود.

یافته‌ها

براساس یافته‌ها مواد قانونی مرتبط با حوزه سلامت در برنامه ششم توسعه شامل ۱۰ ماده و ۴۶ بند بود. این مواد قانونی شامل ماده‌های ۶۴، ۶۵، ۷۰، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۱۰۲ و ۱۰۳ بودند. بیشترین بند مربوط به ماده ۷۴ و ۷۰ به ترتیب با ۱۴ و ۱۳ بند و کمترین مربوط به ماده‌های ۷۳، ۷۵، ۷۶ و ۱۰۳ هرکدام یک بند بود.

براساس یافته‌ها ۸ سند که حاوی گزارش اقدامات انجام شده درخصوص احکام مرتبط با سلامت برنامه ششم بودند، شناسایی و بررسی شدند و سپس اطلاعات مرتبط استخراج شد. این اسناد شامل گزارش‌های عملکرد وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت و گزارش‌های سازمان برنامه و بودجه کشور بود.

همچنین به منظور شناسایی شاخص‌های ارزیابی میزان اجرایی شدن احکام مرتبط با سلامت برنامه ششم توسعه در ابتدا ۳۰۴ شاخص براساس اسناد شناسایی شد. ۹ سند در این خصوص بررسی شدند که شامل قوانین برنامه، سند تفضیلی برنامه ششم، آیین‌نامه‌های اجرایی قوانین برنامه، شاخص‌های منتشر شده توسط سازمان برنامه و بودجه، مرکز آمار ایران و موسسه ملی تحقیقات بودند. در ادامه و با

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جمع‌آوری فرم گردآوری داده از وزارت بهداشت و واحدهای تابعه آن، ۷۸ شاخص براساس نظر دستگاه احصا شد. سپس با حذف شـاخص‌های تکراری به‌دسـت آمده تا این مرحله، تعداد ۱۳۶ شـاخص برای خبرگان ارسال شد. همچنین ۱۶ شاخص براساس پیشنهاد خبرگان به‌دست آمد.

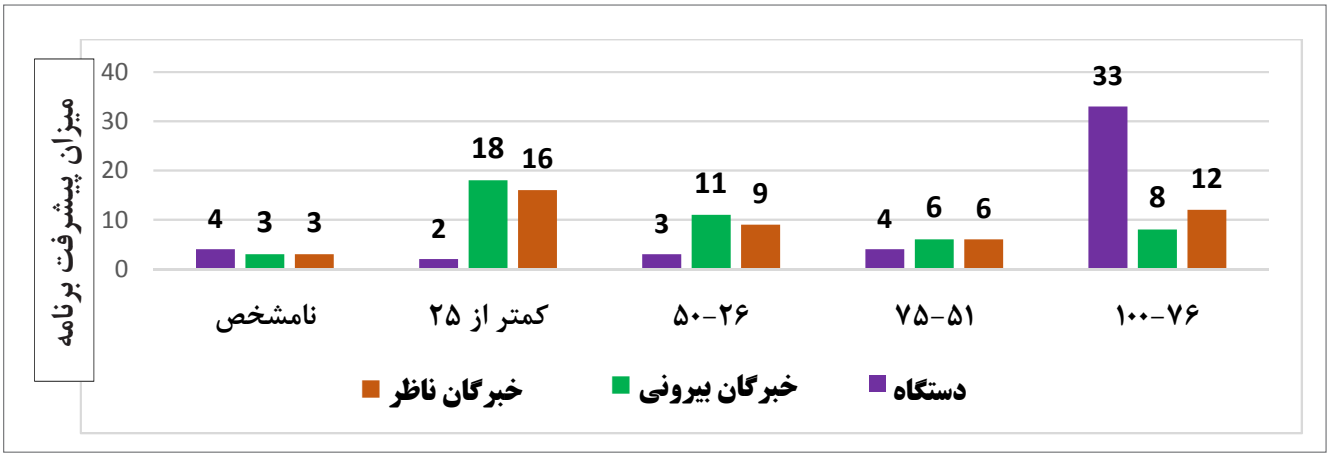
خبرگان بیرونی که در این مرحله مشـارکت داشـتند، شامل ۳ نفر زن و ۷ نفر مرد بودند و همگی دارای معیارهای ورود اعلام شده در روش پژوهش بودند. شاخص‌ها در جلسه نشسـت خبرگان مورد بحث قرار گرفتند و با توافق جمعی حاصل شـده، تعدادی از شاخص‌ها حذف، تعدادی ویرایش و تعدادی شـاخص جدید اضافه شـد. در نهایت تعداد ۱۲۲ شاخص نهایی به تفکیک هریک از بندهای مواد قانونی برای ارزیابی احکام مرتبط حوزه سـلامت برنامه ششم توسعه با تایید خبرگان به‌دسـت آمد و وزن‌دهی شاخص‌های مذکور نیز صورت گرفت. حداکثر شاخص‌ها برای هر بند ۶ شاخص و حداقل یک شاخص بود.

در نهایت با استفاده از شاخص‌های احصا شده در مرحله قبل، درصد میزان اجرایی شـدن احکام مرتبط سلامت در برنامه ششم به تفکیک هریک از شاخص‌ها و نیز درصد کلی برای هر بند احکام به‌دست آمد. (جدول ۱- ۳ و نمودار ۱)

به منظور مقایسـه نتایج ارزیابی ۳ گروه ارزیاب، نظرات در جداول ۲ و ۳ ارائه شد. جمع‌بندی براساس درصد تحقق با استفاده از شاخص‌های هریک از بندهای مواد قانونی ارائه شد. معیار دسته‌بندی به دو جدول توافق و اختلاف، تفاوت یا تشابه هر ۳ گروه ارزیاب بوده است.

جدول ۱- جدول مقایسه‌ای فراوانی و میانگین میزان پیشرفت برنامه در صدک‌ها و نظرات دستگاه، خبرگان بیرونی و خبرگان ناظر

میزان تحقق	خبرگان ناظر			خبرگان بیرونی			دستگاه		
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
۷۶-۱۰۰	۱۲	۹۲	۳۳.۳	۸	۹۳	۲۸.۲	۳۳	۹۷	۱۰.۳
۵۱-۷۵	۶	۶۴	۳۰.۹	۶	۶۳	۱۶.۷	۴	۶۵	۱۴.۴
۲۶-۵۰	۹	۳۶	۳۳.۱	۱۱	۳۷	۲۳.۶	۳	۴۵	۲۱.۷
کمتر از ۲۵	۱۶	۱۷	۳۲.۸	۱۸	۱۸	۲۳.۶	۲	۸۰-	۲۵.۶
نامشخص	۳	-	-	۳	-	-	۴	-	-
جمع	۴۶	۴۹	۳۳	۴۶	۴۳	۲۴	۴۶	۸۷	۲۴.۶



نمودار ۱- نمودار مقایسه‌ای فراوانی میزان پیشرفت برنامه در صدک‌ها و نظرات دستگاه، خبرگان بیرونی و خبرگان ناظر

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جدول ۲- مواد و بندهای مورد اختلاف سه گروه ارزیاب

موضوع	آدرس	نظر خبرگان ناظر	نظر خبرگان بیرونی	نظر دستگاه
ایجاد واحدها و شعب آموزش عالی	ماده ۶۴/الف	۷	۴	۱۰
واگذاری مالکیت فکری، دانش فنی و تجهیزات	ماده ۶۴/خ	۴۴	۴۲	۱۰۰
یارانه غذایی دانشجویی	ماده ۶۵/ت	۴۰	۴۳	۱۰۰
افزایش سهم وقف و خیریه از تامین مالی	ماده ۶۵/ث	۱۰۰	۳۹	۱۰۰
پوشش بیمه سلامت از طریق ارزیابی وسع	ماده ۷۰/الف	۳۰	۲۱	۳۲
بسته خدمات مورد تعهد صندوق‌های بیمه	ماده ۷۰/ج	۸۵	۶۶	۱۰۰
به ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای	ماده ۷۰/ح	۲۶	۲۴	۱۰۰
تدوین فهرست رسمی دارویی ایران	ماده ۷۲/پ	۱۹	۲۰	۱۰۰
تعیین مقدار مجاز سموم باقی‌مانده در مواد غذایی و فرآوردههای غذایی	ماده ۷۲/ت	۴۰	۲۴	۱۰۰
تهیه فهرست مواد غذایی و فرآوردههای غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب	ماده ۷۲/ت	۴۰	۳۴	۱۰۰
استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان	ماده ۷۴/الف	۲۶	۲۹	۸۰
ارایه خدمات بیمه سلامت یکپارچه و مبتنبی بر فناوری اطلاعات	ماده ۷۴/الف	۲۰	۲۹	۱۰۰
ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل	ماده ۷۴/ب	۱۲	۲۱	۸۰
جبران خدمات ذی‌نفعان از طریق اعمال تعرفه خاص	ماده ۷۴/ب	۰	۱۹	۱۰۰
ایجاد شهرک‌های دانش سلامت	ماده ۷۴/پ	۱۱	۱۱	۳۰
نظام خدمات جامع و همگانی سلامت	ماده ۷۴/ث	۱۷	۲۳	۵۰
تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری	ماده ۷۴/ث/ تبصره	۲۳	۱۴	۷۰
خرید راهبردی خدمات سلامت	ماده ۷۴/ج	۱۴	۹	۱۰۰
ادغام خدمات تایید شده طب سنتی ایرانی-اسلامی در نظام سلامت	ماده ۷۴/چ	۱۴	۲۰	۱
تامین طرح نیروی انسانی مورد نیاز سازمان تامین اجتماعی	ماده ۷۴/ح	۲۶	۲۸	۱۰۰
حمایت از تولید و عرضه داروهای ژنریک، صادرات محصولات سلامت‌محور	ماده ۷۴/د	۵۹	۴۱	۱۰۰
مصون‌سازی و افزایش توان بازدارندگی	ماده ۷۴/ر	۵۰	۴۱	۱۰۰
افزایش نرخ باروری	ماده ۱۰۲/ت	۴	۱۲	-۸۰
تسهیلات سلامت ازدواج و درمان ناباروری	ماده۱۰۲/ح	۲۵	۲۳	۸۰
حمات و توسعه بیمه سلامت در بیمه پایه و تکمیلی برای مادران	ماده ۱۰۲/د	۲۷	۱۶	۱۰۰
تامین خوابگاه‌های مناسب برای دانشجویان متاهل	ماده ۱۰۳/پ	۳۶	۲۳	۱۰۰
مالیات سیگار و محصولات دخانی	۷۳/تبصره	۲۴	۲۴	***
ممنوعیت عقد قرارداد مازاد بر تعرفه	ماده ۷۰/ت	۶۰	۵۵	۱۰۰

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جدول ۳- موارد و بندهای مورد توافق سه گروه ارزیاب

موضوع	آدرس	نظر خبرگان ناظر	نظر خبرگان بیرونی	نظر دستگاه
تعیین حق بیمه پایه سلامت خانوار به عنوان سهمی از درآمد سرپرست خانوار	ماده ۷۰/ب/۱	-	-	-
حق بیمه کارکنان دستگاه‌های اجرایی معادل ۷ درصد حقوق و مزایای مستمر آنان	ماده ۷۰/ب/۲	۹۰	۹۰	۱۰۰
حق بیمه پایه سلامت خانوار (کارمندان)	ماده ۷۰/ب/۲/ تبصره	۹۰	۹۰	۱۰۰
کسر حق بیمه مطابق قانون تامین اجتماعی	ماده ۷۰/ب/۳	۹۰	۹۰	۱۰۰
کسر حق بیمه مطابق قانون تامین اجتماعی	ماده ۷۰/ب/۴	۹۰	۹۰	۱۰۰
واریز سهم بیمه شده و دستگاه اجرایی حداکثر طی مدت ۳ ماه به حساب سازمان بیمه‌گر	ماده ۷۰/پ	۸۰	۷۰	۸۰
رعایت تعرفه‌های مصوب	ماده ۷۰/ث	-	-	-
پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور	ماده ۷۰/چ	۷۶	۶۵	۸۰
انتزاع سازمان بیمه سلامت از وزارت تعاون	ماده ۷۲/الف	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
تشکیل سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس کشور	ماده ۷۲/ب	۱۰۰	۹۵	۱۰۰
سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس کشور	ماده ۷۲/ب/تبصره	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
تدوین آیین‌نامه اجرایی سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس کشور در ۶ ماه اول	ماده ۷۲/پ/تبصره ۱	۸۰	۷۰	۱۰۰
تهیه فهرست فرآورده‌ها و داروهای سنتی و گیاهی کشور	ماده ۷۲/پ/تبصره ۲	۱۰۰	۸۵	۱۰۰
انجام غربالگری و شناسایی ازدواج‌های پرخطر	ماده ۷۵	۵۸	۴۵	۶۱
تعیین شاخص‌های مرگ و میر نوزادان	ماده ۷۶	۶۱	۵۴	۶۵
تمرکز تولیت در وزارت بهداشت، خرید راهبردی	ماده ۷۲/الف	-	-	-

بحث

درخصوص ماده ۶۴ با موضوع اصلی تحقق اقتصاد دانش‌بنیان و بین‌المللی‌سازی، شاخص کمّی براساس سند پشتیبان و نیز مستندات دستگاه اجرایی مورد استفاده قرار گرفت. دستاوردهای مناسبی درخصوص دانشگاه‌هایی که برنامه‌های بین‌المللی‌سازی آموزش را انجام داده‌اند وجود دارد. اما بعد دیگر این ماده قانونی مشارکت با دانشگاه‌های معتبر بین‌المللی و رقابت بین دانشگاه‌هاست که بنابر خوداظهاری دستگاه مربوطه، اقدام مناسبی صورت نگرفته و به عبارت دیگر اثربخشی اقدامات در این خصوص در هاله‌ای از ابهام است. همچنین بنا به اظهار دستگاه مربوطه، به دلیل بیماری کووید-۱۹ انجام این امر با تعویق بوده است و امکان‌سنجی و نیازسنجی انجام شده است. نظارت نیز در این خصوص محدود به شاخص‌های کمی ازجمله تعداد اختراعات بوده است. در زمینه میزان واگذاری مالکیت فکری و دانش فنی و تجهیزاتی نیز، دستگاه به ارائه مستندات پرداخته است. همچنین بعد دیگر این ماده قانونی تحقق درآمد دانشگاه‌های علوم پزشکی از طریق این واگذاری‌ها بود. بحث واگذاری مالکیت فکری چه از طریق دستگاه اجرایی و چه از طریق دانشگاه، باید همراه با نظارت باشد و منافع طرفین قرارداد رعایت شود [۹]. در مجموع برخلاف مضمون این ماده قانونی که بر بهبود فرآیند و ارتقای سازوکارها تأکید داشته، دستگاه بر روی اعداد بیشتر تکیه کرده است. نکته دیگر وجود این ماده قانونی در برنامه پنجم است که نتایج مطالعات حاکی از عملکرد ضعیف است و موجب شده در برنامه ششم آورده شود [۱۰].

درخصوص ماده ۶۵، موضوعات یارانه غذایی دانشجویی و وقف از جمله موارد اختلافی بود. موضوع یارانه غذا دانشجویی از ۳ قسمت اعتبار تخصیص یافته که ۱۰۰ درصد تحقق یافته، به عنوان هدف اولیه، کمک به دانشجویان کم بضاعت مالی شناسایی شده از محل اعتبارات این بند به‌عنوان هدف ثانویه و در نهایت اثربخشی اجرای این بند در بهبود شرایط و امکانات رفاهی دانشجویان به‌عنوان هدف نهایی بود. نکته‌ای که در این خصوص وجود دارد این است که ردیف بودجه مذکور در سال‌های ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ تصویب و تامین شده است و دانشگاه‌ها در این بازه زمانی تقریبا دانشجویی نداشته و غالباً تعطیل بوده‌اند. در رابطه با موضوع وقف، علاوه بر تعداد پروژه‌ها ۳موضوع قابل بحث است. اولین موضوع اقدامات تشویقی برای ترویج فرهنگ وقف و

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

مشارکت خیّران است که بنابر اقدامات دستگاه، عملکرد مناسبی در این خصوص وجود داشته است. نکته بعدی رفع موانع موجود در زمینه وقف است که همچنان مشکلات بسیاری در این زمینه وجود دارد و دستگاه مربوطه نیز اقداماتی در این خصوص ارائه نکرده است. نکته آخر به موضوع روند سرمایه‌گذاری بخش وقف و خیریه در حوزه آموزش عالی سلامت می‌پردازد. براساس نظر خبرگان بیرونی روند این سرمایه‌گذاری در ادوار گذشته هم در کشور خوب بوده است و ارتباطی به اقدامات در برنامه ششم ندارد.

درخصوص ماده ۷۰ موضوعات پوشش بیمه، تعرفه خدمات سلامت، نظارت بر رعایت تعرفه‌ها و وحدت رویه بین بیمه‌هاست. درخصوص پوشش بیمه، تغییر ضریب پوشش بیمه سلامت (جزء شاخص‌های سند پشتیبان) افزایش مناسبی داشته است. بعد دیگر آن ارزیابی وسیع است که زمان‌بندی در نظر گرفته شده رعایت نشده و صرفاً آیین‌نامه اجرایی با تاخیر حدود ۲ سال، تصویب شده است. هدف غایی بند مربوط به پوشش بیمه، مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با تولیت وزارت بهداشت بوده که در آبان ماه سال ۱۳۹۹ با مصوبه ستاد ملی مبارزه با کرونا به حالت تعلیق درآمد. به علاوه شاخص‌های دیگری ازجمله سهم پیش‌پرداخت از هزینه‌های سلامت، سهم دولت از هزینه‌های سلامت و ضریب پوشش برای دهک‌های کم برخوردار به نسبت سال پایه مورد استفاده قرار گرفتند [۱۱]. خبرگان بیرونی میزان تحقق این بند را نسبت به خبرگان ناظر و دستگاه مربوطه ارزیابی کرده‌اند که ازجمله دلایل تاکید خبرگان بیرونی بر شاخص‌های پیامدی ازجمله «میزان تحقق عدالت در دسترسی به پوشش بیمه‌های اجتماعی» بود.

موضوع بعدی این ماده تعرفه‌ها بود که خود از دو قسمت شفافیت تعرفه خدمات بسته بیمه پایه سلامت با وزن بیشتر شاخص و سپس موضوع مدیریت و نظارت بر اعمال تعرفه‌ها تشکیل شده است. براساس خوداظهاری و گزارش دستگاه‌های ناظر، نظارت بسیار کمی صورت گرفته است. همچنین یکی از موضوعات قابل بحث، موضوع بیمه‌های تجاری با کارکرد بیمه مضاعف در کشور است. این بیمه‌ها خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مشمول بسته بیمه پایه سلامت را به همراه مابه‌التعرفه دولتی و غیردولتی و سهم بیمار پوشش می‌دهند [۱۲] که متاسفانه در این زمینه نظارتی وجود ندارد.

به منظور ارزیابی این بند قانونی، یکی از ابعاد مورد بررسی میزان رعایت بسته خدمات توسط سازمانهای بیمه‌گر پایه بود که با وزن بیشتر مورد استفاده قرار گرفت. در این خصوص دستگاه مستندات مناسبی ارائه کرده و امتیاز کامل را کسب کرده است. بعد دیگر این بند ابلاغ بسته خدمات مورد تعهد صندوق‌های بیمه پایه سلامت در سال اول برنامه است. اقدامات دستگاه بیشتر منوط به تدوین کتب، تصویب و ابلاغ ضوابط و فرآیند اجرایی است. براساس مستندات جمع‌آوری شده، زمان‌بندی اجرای این بند رعایت نشده است. در متن حکم ذکر شده از ابتدای سال دوم درحالی که ابلاغ از مرداد ۹۸ صورت گرفته است. خبرگان بیرونی نمره کمتری نسبت به خبرگان ناظر داده‌اند و به علاوه خبرگان ناظر نیز نمره کمتری نسبت به دستگاه داده‌اند. دلیل این تفاوت به سایر معیارهای مدنظر ارزیابان بیرونی ازجمله «میزان بازنگری مستمر بسته خدمات بیمه پایه» بوده است.

موضوع بعدی وحدت رویه بیمه‌هاست که خود مشتمل بر دو موضوع بازه زمانی (طی سال اول اجرای قانون) و نیز ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌هاست. بنابراین برای ارزیابی از شاخص پیامدی «میزان افزایش عدالت بین بیمه‌شدگان سازمان‌های بیمه‌گر مختلف» با وزن بیشتر و سپس «میزان تدوین و ابلاغ دستورالعمل‌های یکسان‌سازی شده» استفاده شده است. درخصوص این بند نیز ارائه دستورالعمل‌ها نسبت به اجرای مفاد حکم، بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. اما در مجموع، از آنجاکه در متن حکم منظور از وحدت رویه مشخص نیست و به دلیل فقدان شفافیت، متن قابل تفسیر است. بنابراین خبرگان ناظر و بیرونی میزان تحقق این حکم را در سطح پایینی ارزیابی کرده‌اند.

ماده ۷۲ نیز در برخی موارد، مورد اختلاف ۳ گروه ارزیاب بوده که این موضوعات شامل متمرکزسازی تولیت نظام سلامت، فهرست رسمی دارویی، پایش باقی‌مانده سموم و کودها و فهرست مواد غذایی سالم و سبد غذایی مطلوب هستند. موضوع اول به متمرکزسازی تولیت نظام سلامت در وزارت بهداشت اشاره دارد اما به طور کلی مفهوم تولیت در این حکم شفاف بیان نشده است. همچنین اثربخشی فرآیند نظارتی و تبعیت ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، از خط‌مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت ازجمله سایر شاخص‌ها بودند. اما به دلیل آنکه دستگاه مربوطه خودش نمره‌ای برای این بند اعلام نکرده و اقدامات اعلام

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

شـده مطابقتی با محتوای ماده قانونـی ندارد، نظر خبرگان ناظر هم بدون نمره بود.

درخصـوص بنـد قانونی فهرسـت رسـمی دارویـی، ابعاد مختلفی وجود دارد که نخسـتین آن تدوین و انتشـار فهرسـت رسـمی دارویی ایران حداکثر هر سـه ماه یک‌بار است. بعد دیگر ایـن حکم موضوع نظـارت بر تجویز داروهای خارج از فهرسـت اسـت. همچنین باید در نظر داشـت که در نهایـت هدف غایی این حکم اثربخشـی آن در تجویز نشـدن دارو، خارج از فهرست دارویی اسـت که این شاخص با بیشترین وزن مورد استفاده قرار گرفت. تدوین و انتشـار فهرست رسمی دارویی و به‌روزرسانی آن و تدوین اسـتانداردهای کدینگ از جمله اقدامات ذکر شـده از سوی دستگاه است. اما مطابق مستندات آخرین بازبینی فهرست دارویی مربوط به سـال ۹۶ است درحالی که طبق متن قانون هر سـه ماه یک‌بار باید تدوین و بازنگری شود. در حقیقت این حکم ۳ بخش دارد که قسمت اول آن توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص است اما دو بخش دیگر مشخص نیست.

درخصوص بند قانونی پایش باقی‌مانده سموم و کودها، اولین نکته همکاری وزارت بهداشت و وزارت جهاد کشاورزی است که همـواره در زمینه همکاری‌های بین بخشـی چالش‌های فراوانی وجود دارد و بعضاً محقق نمی‌شود. نکته دوم میزان پوشش برنامه پایش اسـت که این شاخص براساس سند پشتیبان و مستندات دسـتگاه و سـازمان‌های ناظر صددرصد اجرایی شده است. بعد دیگر این بند مربوط به اهداف نهایی آن اسـت که بر این اساس میزان اثربخشـی نظارت مقدار سـموم و کود شیمیایی مجاز بر کاهش عرضه مواد غیرمجاز و در نهایت میزان افزایش دسترسی مردم به محصولات سالم به‌عنوان شاخص‌های با وزن بیشتر مورد اسـتفاده قرار گرفت. تفاوت نظر خبرگان ناظر و خبرگان بیرونی به دلیل سـایر معیارهای مدنظر خبرگان بیرونی ازجمله «میزان اثربخشی اقدامات انجام شده به منظور هماهنگی‌های بین بخشی به‌منظور صیانت از سلامت و امنیت غذایی» بوده است. همچنین از نظـر خبرگان بیرونی «میزان پوشـش برنامه پایش باقی‌مانده سموم آفت‌کش و کودهای شـیمیایی در محصولات پرمصرف و پرخطر» در سطح بسیار پایینی بوده است.

بند دیگر این ماده از دو قسمت فهرست مواد غذایی سالم و سبد غذایی مطلوب تشکیل شده است. درخصوص فهرست مواد غذایی سـالم از نظر خبرگان ناظر و بیرونی، عدد میزان پیشرفت ارائه شـده از سوی دسـتگاه معتبر نیسـت و قابل سنجش هم نیسـت. مضاف بر اینکه قید حکم برای گروه‌های سـنی مختلف با قید زمانی در سـال اول اسـت که امر ارزیابی را دقیق‌تر کرده است. در مورد قسمت دوم حکم نیز بازنگری سبد غذایی از جمله اقدامات دسـتگاه بوده اسـت. در حقیقت در ایـران هرم غذایی برای سنین مختلف موجود است [۱۳]. نتایج مطالعات گذشته و بررسـی‌ها درخصوص سبد مطلوب غذایی همسو با نتایج مطالعه حاضر بوده و نتایج تحقق این حکم در قانون برنامه پنجم توسعه نیز مثبت بوده است [۱۰]. سبدهای مطلوب غذایی در سال‌های ۱۳۷۷، ۱۳۸۸ و ۱۳۹۱ نیز تدوین شده است.

مورد اختلافی بعدی تبصره ماده ۷۳ اسـت. این بند قانونی از جمله موارد چالشـی بود که غالباً پاسخی برای سنجش میزان پیشـرفت آن یافت نمی‌شـود. درحقیقت تا حدود زیادی وزارت بهداشـت چون اعتباری برای این موضوع دریافت نمی‌کند، خود را نیـز مکلف نمی‌دانـد، در حالی که دبیرخانه کشـوری کنترل دخانیات در معاونت بهداشـت این وزارتخانه مستقر است. در هر حال به منظور ارزیابی این بند شاخص «میزان تخصیص شفاف و به موقع سهم مالیات» با بیشترین وزن مورد استفاده قرار گرفته که اعتبارات دریافتی بسیار محدود بوده است. دو شاخص بعدی براساس سند پشـتیبان احصا شده‌اند و براساس مستندات روند مصرف‌کنندگان سـیگار و دخانیات کاهشی بوده اما میزان اعتبار تخصیص یافته برای بیماران ریوی از این محل تنها ۲ درصد بوده اسـت. با تمام این اوصاف دسـتگاه عملکرد و ارزیابی عملکردی در ایـن زمینه ارائه نکرده اما از نظـر خبرگان ناظر و نیز بیرونی عملکرد این ماده قانونی ۲۴ درصد است.

ماده ۷۴ ازجمله موارد بسیار اختلافی بوده که به موضوعات گسترده شامل استقرار سـامانه پرونده الکترونیک سلامت، ارائه خدمـات یکپارچـه و مبتنی بر فناوری اطلاعات بیمه سـلامت، ممنوعیـت تصدی بیش از یک شـغل، جبران خدمات ذی‌نفعان از طریق اعمال تعرفه خاص، ایجاد شـهرک‌های دانش سـلامت، اجرای نظـام خدمات جامـع و همگانی سـلامت، تعرفه‌گذاری خدمات پرسـتاری، خرید راهبردی خدمات سلامت، ادغام طب سنتی در نظام سلامت، نیروی انسانی مورد نیاز تامین اجتماعی، حمایـت از تولید و تجویز داروهای ژنریک، صادرات محصولات و ایمن‌سازی کودکان و پدافند غیرعامل پرداخته است.

درخصوص نخسـتین بند قانونی با موضوع سـامانه پرونده

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

الکترونیک سلامت، اولین و مهم‌ترین تاکید استقرار این سامانه با هدف ارائه خدمات الکترونیکی است. در این خصوص اقداماتی از سوی دستگاه‌ها و سازمان‌های ناظر اعلام شده است که ارتباط مستقیمی به این ماده قانونی ندارد. پس از آن میزان استقرار زیرساخت‌ها با وزن کمتر و دو شاخص «میزان هماهنگی‌های اثربخش بین بخشی» و «نسبت خدمات ارائه شده به صورت مکانیزه در بستر پرونده الکترونیک سلامت» با وزن یکسان و کمترین وزن برای ارزیابی این بند قانونی مورد استفاده قرار گرفتند.

بند دیگر با موضوع ارائه خدمات یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات بیمه سلامت با استفاده از شاخص‌های «میزان سامان‌دهی خدمات مذکور حداکثر طی مدت ۶ ماه از استقرار سامانه پرونده الکترونیک»، «میزان قابل پیگیری بودن اطلاعات سلامت از بدو تولد تا مرگ»، «نسبت نسخ الکترونیک»، «نسبت رسیدگی الکترونیک به اسناد» و «نسبت استحقاق‌سنجی الکترونیک» بودند. دو شاخص اول اهمیت بیشتری در تحقق دستیابی به این ماده قانونی دارند. شاخص اول که بنیان اجرای این بند قانونی است به دلیل اینکه این حکم منوط به حکم قبلی است که آن اجرا نشده است، پس طبیعتا اجرایی نشده است. تنها اقدامات انجام شده مربوط به شاخص‌های ایجاد و استقرار سامانه نسخه الکترونیک، رسیدگی الکترونیک اسناد و استحقاق سنجی الکترونیک است. به علاوه در این خصوص عیناً بند «ب» ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه عنوان شده بوده است. براساس نتایج مطالعات، میزان پیشرفت این بند نامطلوب ارزیابی شد [۱۰].

بند بعدی با موضوع ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل شامل دو بعد اثربخشی اقدامات در بازدارندگی با وزن بیشتر و تدوین دستورالعمل با وزن کمتر است. ازجمله اقدامات در این زمینه بخشنامه‌های صادر شده و مقدمات راه‌اندازی سامانه جامع نظارت بودند. بنابراین درخصوص شاخص دوم اقدام خاصی صورت نگرفته و دستگاه صرفاً به صدور بخشنامه‌ها اکتفا کرده است.

بند بعدی با موضوع جبران خدمات ذی‌نفعان از طریق اعمال تعرفه خاص در واقع الزام و زیرساخت مورد نیاز بند قبلی را تامین می‌کند. به‌منظور ارزیابی میزان تحقق این حکم از دو شاخص تعریف تعرفه خاص به منظور جبران خدمات با وزن بیشتر و شاخص میزان اثربخشی پرداخت‌ها در بازدارندگی با وزن کمتر استفاده شد. در این خصوص براساس اظهار دستگاه تعرفه برای جبران خدمات مشمولان تعریف نشده و وابسته به دانشگاه‌هاست. بنابراین هردو شاخص از منظر گروه ارزیاب ناظر صفر لحاظ شد.

بند بعدی با موضوع ایجاد شهرک‌های دانش سلامت، با استفاده از ۳ شاخص میزان ایجاد سازوکار و نظارت بر هزینه-درآمد شهرک‌ها با بیشترین وزن، تعداد شهرک‌های ایجاد شده و تدوین آیین‌نامه اجرایی طی سال اول برنامه با وزن کمتر در ارزیابی مدنظر قرار گرفتند. در این خصوص ازجمله اقدامات انجام شده انجام مطالعات مقدماتی و تهیه آیین‌نامه بوده که البته آیین‌نامه تصویب نشده است. نکته مورد توجه بعدی درخصوص این بند، وجود بند الف ماده ۳۴ برنامه پنجم توسعه است که عیناً با همین محتوا بوده است. در آن زمان باوجود تدوین پیش‌نویس آیین‌نامه اجرایی، میزان پیشرفت نامناسب ارزیابی شده است. مهم‌ترین چالش در اجرایی شدن آن، یافتن سرمایه‌گذاران بخش خصوصی در این عرصه بوده است [۱۰].

بند بعدی با موضوع اجرای نظام خدمات جامع و همگانی سلامت که اهمیت و گستردگی محتوای زیادی داشت و برای ارزیابی میزان اجرایی شدن از ۵ شاخص استفاده شد. شاخص‌های میزان ارائه این خدمات منطبق با اولویت‌ها و الزامات و میزان سطح‌بندی خدمات بر اساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده با وزن یکسان و بیشتر و همچنین شاخص‌های میزان نظارت بر ارائه خدمات مطابق راهنماهای بالینی، طرح فاقد نام تجاری و نظام دارویی، جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده به تفکیک شهر و روستا و تعداد راهنماهای بالینی ابلاغ شده نیز مورد استفاده قرار گرفتند. نبود زیرساخت‌های لازم برای استقرار کامل نظام ارجاع و پزشک خانواده کاملاً محسوس است و عملاً در حلقه اتصال روستا به شهر، از کارآیی لازم برخوردار نیست. همچنین در شهرها نیز به‌دلیل هزینه‌های بالای درمان، امکان استفاده از خدمات موجود نیست [۱۴].

تبصره این بند با موضوع تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری، با استفاده از شاخص پیش‌بینی و تامین اعتبارات با وزن بیشتر و شاخص تدوین دستورالعمل اجرایی با وزن کمتر مورد استفاده قرار گرفته که هر دو جزو شاخص‌های سند پشتیبان هستند. براساس اقدامات دستگاه و گزارش سازمان‌های ناظر، تاکنون

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

اقدام مثبتی درخصوص تامین اعتبار صورت نگرفته اما تلاش‌های زیادی شـده اسـت. همچنین آیین‌نامه اجرایی در سـال ۱۴۰۰ تصویب شده است.

بنـد بعدی با موضـوع خرید راهبردی خدمات سـلامت، با اسـتفاده از ۳ شـاخص «میزان خرید راهبردی خدمات سلامت همزمان با اجرایی شـدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده» و «میزان خرید راهبردی خدمات سـلامت صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیک» با وزن یکسان و بیشتر و شاخص «میزان خرید راهبردی خدمات سـلامت بر اساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرسـت رسـمی داروهای ژنریک» مورد استفاده قرار گرفتند. به دلیل ایجاد نشـدن بسـتر مناسب درخصوص پرونده الکترونیـک سـلامت، شـاخص دوم صفـر در نظر گرفته شـد. درخصـوص راهنماهای بالینی در حال حاضر حدود ۵۵۰ راهنما از ۳۰۰۰ راهنما تهیه شـده که معادل حدود صفر درصد اسـت. درخصوص این بنـد، تفاوت نظر خبرگان ناظر و بیرونی به دلیل مدنظر قرار دادن شـاخص‌های دیگر ازجمله «میزان اثربخشـی نظارت بر خرید راهبردی خدمات سـلامت براساس دستورالعمل این مـاده» و «میزان مدیریـت عرضه و تقاضـای ارائه خدمات سـلامت» از سـوی خبرگان بیرونی بود. همچنین براساس سایر مطالعات میزان ارزیابی بند «ز» ماده ۳۸ برنامه پنجم توسـعه به موضوع مشـابه پرداخته بوده، در سطح پایین ارزیابی شده است. درحقیقت این بند قانونی در سطح تدوین آیین‌نامه متوقف مانده است [۱۰].

بند بعدی با موضوع ادغام طب سـنتی در نظام سـلامت با اسـتفاده از ۴ شاخص ارزیابی شد. دو شـاخص میزان پیشرفت ادغام در سـطح اول ارائـه خدمات و میزان پیشـرفت ادغام در خدمات درمان، از جمله شـاخص‌های ارائه شـده توسط دستگاه با وزن بیشـتر و دو شاخص «میزان اجرای اقدامات سامان‌دهی و توسـعه ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی و درمانی طب سنتی» و «میزان تاثیرگذاری اقدامات در ترویج بهره‌گیری از طب سنتی» بـا وزن کمتر مورد اسـتفاده قرار گرفتند. درخصـوص این بند دسـتگاه به خودش امتیاز بسیار پایینی (یک درصد) داده که به دلیل نادیده گرفتن موضوع گسترش خدمات آموزشی و پژوهشی اسـت. در واقع در این زمینه اقدامات خوبی هم صورت گرفته و نباید در ارزیابی میزان پیشـرفت نادیده گرفته شـوند. بند «ه» ماده ۳۴ برنامه پنجم توسعه با موضوع «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است زمینه لازم برای توسعه طب سنتی و اسـتفاده از داروهـا و فرآورده‌های طبیعـی و گیاهی را فراهم کند» بوده که طی سال‌های برنامه پنجم زیرساخت‌های مناسبی در این زمینه ایجاد شـده و میزان تحقق آن براسـاس مطالعات مناسب ارزیابی شده است [۱۰].

بنـد بعدی با موضوع تامین نیروی انسـانی تامین اجتماعی بود که دو شـاخص «میزان به‌کارگیری نیروهای پزشک طرحی به صـورت هدفمند» و «میزان اثربخشـی اجـرای این ماده در تامین نیروی انسـانی با اولویت مناطق محروم» با وزن یکسان و نیز شـاخص «تعداد نیروی انسانی جذب شده در سازمان تامین اجتماعی» با وزن کمتر اسـتفاده شد. اقدامات حاکی از آن است که صرفاً برای مسـتخدمان در ماموریت آموزشی اجرایی شده و اولویت مناطق محروم نادیده گرفته شده است.

بنـد بعدی بـا موضوع حمایـت از تولید و عرضـه داروهای ژنریـک، صادرات خدمات و ایمن‌سـازی کودکان بـود که برای ارزیابـی این بند از ۵ شـاخص «میزان اقدامـات حمایتی تولید، عرضه و تجویز داروی ژنریک» (از شاخص‌های سند پشتیبان) با بیشترین وزن و سپس شـاخص‌های «میزان اثربخشی نظارت‌ها بر تجویز نشـدن دارو با نام تجاری» و «میـزان تغییر در تجویز داروهـای غیرژنریـک» بـا وزن کمتر و مسـاوی و در نهایت دو شـاخص «میزان دستیابی اثربخش به برنامه ایمن‌سازی کودکان تا تراز کشـورهای توسـعه‌یافته» و «میزان صـادرات محصولات سلامت‌محور» با کمترین وزن مورد استفاده قرار گرفتند. تدوین دسـتورالعمل‌ها و حمایت از تولید از جمله اقدامات دستگاه بوده اسـت. دلیل تفاوت نظر ۳ گروه ارزیاب در وهلـه اول ابهام زیاد حکم اسـت و دلیل دیگر تاکید خبرگان بیرونی بر شـاخص‌های دیگر از جمله «میزان اثربخشی هماهنگی بین بخشی درراستای افزایش صادرات محصولات سلامت‌محور» بود.

در نهایت آخرین بند با موضوع پدافند غیرعامل، از ۴ شاخص «میـزان تغییر در مصون‌سـازی و افزایش تـوان بازدارندگی» با بیشـترین وزن و سایر شاخص‌ها با وزن یکسـان شامل «میزان زیرسـاخت‌های آزمایشـگاهی تامین شـده»، «تعـداد تیم‌های عملیاتی آموزش داده شـده» و «تعداد مداخلات محیطی انجام شده» بودند. درخصوص سایر شاخص‌ها به جز شاخص اول، نظر ارزیابان بیرونی و ناظر از عملکرد دستگاه مثبت بوده است.

ماده ۱۰۲ با موضوعات افزایش نرخ ناباروری، سلامت ازدواج

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

و درمـــان ناباروری و حمایت و توســـعه بیمه پایه و تکمیلی برای مادران ازجمله موارد اختلافی نظرات ۳ گروه ارزیاب بود. نخستین بند با موضوع افزایش نرخ ناباروری، شـــامل ۳ بعد کفایت میزان حمایت‌ها و اقدامات توســـعه‌ای، زیرساختی، آموزشی و درمانی با وزن یکسان و بیشتر و نیز میزان دستیابی به افزایش نرخ باروری (از شـــاخص‌های سند پشتیبان) است. دســـتگاه به دلیل در نظر گرفتن فقط یک شاخص برای ارزیابی این ماده قانونی عدد ۸۰- را به‌عنوان ارزیابی عملکرد خودش اعلام کرده اســـت. درصورتی که در متن ماده قانونی زمینه‌ســـازی نیز مطرح اســـت و دستگاه اقدامات مثبتی در این رابطه داشـــته اســـت. تفاوت نظر خبرگان ناظـــر و بیرونی به دلیل تاکید خبرگان ناظر بر شـــاخص «میزان دســـتیابی به افزایش نرخ باروری مطابق برنامه» بوده است. باید توجه داشت که افزایش نرخ باروری یک شاخص پیامدی است و ارتقای آن فراتر از فعالیت وزارت بهداشت است. همچنین عوامل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی نقش موثری در آن دارند.

بـــه منظـــور ارزیابی میزان پیشـــرفت بند بعـــدی با موضوع ســـلامت ازدواج و درمان ناباروری، شـــاخص میزان همکاری‌های بین بخشی و میزان اعتبار تخصیص یافته با وزن یکسان استفاده شـــد. درخصوص میـــزان تحقق این بنـــد قانونی تاثیـــر مواردی همچـــون ســـرانه متخصص ناباروری و مراکز ناباروری و پوشـــش بیمه‌ای مبهم است.

در نهایـــت درخصـــوص بنـــد مربوط به توســـعه بیمـــه پایه و تکمیلی برای مادران، ۳ شـــاخص «میـــزان کفایت خدمات تحت پوشـــش بیمه‌ای برای مـــادران در کلیه مراحل بـــارداری تا پایان شیرخوارگی» و «میزان اثربخشی اقدامات توسعه‌ای بسته خدمات ســـلامت مادران در کلیه مراحل بارداری تا پایان شیرخوارگی» با وزن یکســـان و بیشتر و شاخص «افزایش تعداد مادران باردار بیمه شـــده به واسطه این حکم» (ازجمله شاخص‌های ارائه شده توسط دســـتگاه اجرایی) مورد اســـتفاده قرار گرفت. از نظر ســـازمان‌های بیمه‌گر پایه، امکان بیمه شدن تمام ایرانیان فراهم است و تنها نیاز به اقدام متقاضی دارد. البته درخصوص اقدامات انجام شده توسط دســـتگاه هیچ اقدامی در زمینه بیمه تکمیلی صورت نگرفته است، با وجود آنکه در متن حکم بیمه تکمیلی نیز آورده شده است.

مـــاده ۱۰۳ نیز بـــا موضوع خوابـــگاه دانشـــجویان متاهل از جملـــه موارد اختلافی ۳ گروه ارزیاب بود که برای ارزیابی میزان اجرایی شـــدن این حکم نیز ۳ شـــاخص اســـتفاده شده است. دو شـــاخص میزان کفایت منابـــع و خوابگاه احداث شـــده و میزان کیفیـــت خوابگاه‌های احداث شـــده با وزن یکســـان و بیشـــتر و شـــاخص میزان پیشـــرفت پروژه‌های عمرانی مورد استفاده قرار گرفت. تفاهم‌نامه منعقد شـــده برای تامین خوابگاه دانشـــجویی از اقدامـــات دســـتگاه مربوطه درخصوص این ماده قانونی اســـت. دلیل این تفاوت مبنای محاســـبه خبرگان ناظر و بیرونی اســـت کـــه خبرگان ناظر درخصوص شـــاخص‌های کمی با اســـتفاده از صحت‌ســـنجی مســـتندات و خوداظهاری‌های دستگاه اعلام نظر کردند. همچنین معیاری برای خوابگاه مناسب معین نشده است. بنابر مســـتندات اولویت استفاده برای زوج‌های دارای فرزند برای اختصاص خوابگاه‌ها در نظر گرفته نشـــده است. پیشنهاد می‌شود بـــا توجه به هزینه‌بر بـــودن احداث خوابگاه‌هـــای متاهلی، ودیعه مسکن را افزایش دهیم تا احداث خوابگاه که امری پرهزینه است. همچنین پیشنهاد می‌شود متن قانون از «دانشجویان متاهل» به «با اولویت متاهل» تغییر کند.

نتیجه‌گیری

نتایج حاکی از آن است که در مواردی که ماده قانونی دارای شـــاخص کمی و یا قابل سنجش بوده، توافق بین نظرات ۳ گروه ارزیابی وجود داشت. بیشـــترین توزیع امتیازات خبرگان بیرونی در صدک‌هـــای کمتـــر از ۲۵ درصـــد و ۲۶ تـــا ۵۰ درصد بوده و ایـــن توزیع بـــرای خبرگان ناظر نیز تا حدود زیادی مشـــابه بوده است. به طور میانگین از نظر خبرگان ناظر میزان پیشرفت احکام برنامه ششم توسعه ۴۹ درصد، خبرگان بیرونی ۴۳ درصد و نظر دستگاه با تفاوت زیاد ۸۷ درصد بوده است.

۳ گـــروه ارزیـــاب درخصـــوص ۳۵ درصد از ۴۶ بنـــد قانونی مورد بررســـی، توافـــق داشـــته‌اند. ۱۰ مورد از ایـــن احکام مورد توافـــق که امتیاز میزان پیشـــرفت آنها بیـــش از ۸۰ درصد بوده، مربـــوط به موضوعات حق بیمه و کســـورات حق بیمه، تشـــکیل اورژانس کشور، انتزاع ســـازمان بیمه سلامت و مواردی همچون تهیه فهرســـت فرآورده‌ها و داروهای ســـنتی و گیاهی بوده است. همچنیـــن درخصوص ۳ حکـــم دیگر نیز توافق ۳ گـــروه ارزیاب وجود داشت که میانگین ۶۰ تا ۸۰ درصد پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان، غربالگری ازدواج و شاخص‌های مرگ و میر نوزادان بـــود. در ضمن ۳ مورد دیگر مورد توافـــق ۳ گروه ارزیاب مربوط بـــه موضوعات رعایت تعرفه‌های مصـــوب و تعیین حق بیمه پایه

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

سلامت خانوار و تمرکز تولیت در وزارت بهداشت بود که توافق روی نامشخص بودن میزان پیشرفت این احکام بوده است.

درخصوص موارد مورد اختلاف ۳ گروه ارزیاب، حدود ۶۰ درصد موارد از ۲۹ بند قانونی نظر خبرگان ناظر و خبرگان ارزیاب مشابه بوده است و در اغلب موارد به جز ۳ مورد، دستگاه به خود امتیاز بسیار بیشتری داده است. دلیل تفاوت‌های جزئی نظرات خبرگان ناظر و خبرگان بیرونی به فقدان دسترسی به اطلاعات خبرگان بیرونی، در نظر نگرفتن شاخص‌های کمی برای برخی بندهای قانونی و نیز استفاده از تعدادی شاخص بیشتر برای ارزیابی بندهای قانونی بوده است. در واقع تمرکز خبرگان بیرونی بیشتر روی شاخص‌های نتیجه‌ای و پیامدی بوده است.

حدود ۴۳ درصد از ۱۲۲ شاخص مورد بررسی، جزو شاخص‌های سند پشتیبان و یا شاخص‌های کمی با مستندات ارائه شده از سوی دستگاه اجرایی بوده است.

برخی از بندها در مرحله تدوین آیین‌نامه یا حتی مرحله تصویب آیین‌نامه متوقف شده است. البته نکته قابل توجه آن است که برخی احکام در برنامه‌های توسعه قبلی نیز تحقق نیافته‌اند و عیناً در برنامه بعدی تکرار شدند. پیاده‌سازی نظام ارجاع و بیمه همگانی از جمله این احکام هستند که از برنامه سوم توسعه به‌عنوان بند قانونی مصوب شده بودند و همچنان در برنامه ششم توسعه نیز میزان پیشرفت اندکی داشته‌اند. طرح پزشک خانواده نیز از برنامه چهارم توسعه نیز وضعیت مشابهی دارد.

در مجموع براساس آسیب‌شناسی برنامه‌های توسعه ۵ ساله کشور، میزان موفقیت برنامه‌های توسعه قابل قبول نبوده و در مجموع کمتر از ۲۵ درصد محاسبه شده است [۱۴].

بررسی مطالعات نشان می‌دهد که ارزشیابی‌های انجام شده به سازوکار نظارتی، عوامل سیاسی و بهره‌وری برنامه‌های توسعه توسعه پرداخته‌اند و یافته‌های آنها میزان پیشرفت مواد قانونی بخش سلامت را نشان نمی‌دهد [۴,۱۵,۱۶].

ارزیابی می‌تواند در پایان یک بازه زمانی خاص قضاوت کلی راجع به عملکرد یک فرد یا سیستم را به‌دست دهد. سازمان جهانی بهداشت برای هر نوع اندازه‌گیری ۴ هدف اصلی را در نظر می‌گیرد؛ تعیین وضعیت موجود به شیوه‌ای دقیق و تا حد ممکن کمّی، برآورد اختلاف فاصله و جهت حرکت با مطلوب، یادگیری و تهیه و اجرای برنامه اصلاحی [۱۷].

برنامه‌های توسعه کشور نیز از این اصول پیروی می‌کنند.

پس برای کنترل هرچه بهتر فعالیت‌های بین بخشی نظام سلامت، بررسی دستاوردهای آن برای سیاست‌گذاران و تدوین ضابطه‌های کلی موثر بر رفتار اجزای سیستم نظام سلامت، نیاز به شناخت فرآیندها و آثار اهدف و برنامه‌های توسعه وجود دارد که جزء لاینفک ارزیابی هستند.

نگاهی دقیق‌تر به این مسئله مشخص می‌سازد که بسیاری از معضلات سلامتی و پیشرفت کند برنامه‌ها و نرسیدن به اهداف برنامه‌های توسعه و همچنین شفاف نبودن میزان دستیابی به اهداف تعیین شده، ریشه در فقدان شاخص‌های تعیین شده برای سنجش و پایش دستیابی به اهداف و تدوین برنامه‌های بعدی براساس میزان شاخص‌های موجود دارد.

بررسی و ارزیابی پیشرفت برنامه ششم توسعه با توجه به کلیات و جزئیاتی که در بردارد، می‌تواند شامل شاخص‌های بسیار جزئی تا شاخص‌های کلان باشد. به عبارتی جنس و تعداد شاخص‌ها در لایه‌های مختلف سازمانی متفاوت است که این موضوع از نقاط قوت مطالعه حاضر است. همچنین استفاده از ۳ گروه ارزیاب و نیز ارائه میزان پیشرفت اجرای برنامه به تفکیک هریک از بندهای مواد قانونی از دیگر نقاط قوت این پژوهش است. به علاوه استفاده از منابع مختلف برای احصای شاخص‌ها و تکیه بر مستندات رسمی ازجمله سند پشتیبان و دستگاه‌های ناظر ازجمله نکات مثبت دیگر پژوهش حاضر است.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

با توجه به میزان پایین اجرایی شدن برنامه ششم توسعه، ضمن بررسی دقیق و موشکافانه دلایل اجرایی نشدن قوانین سلامت در کشور، تدوین برنامه و بودجه سالانه دولت بر اساس برنامه جامع اقدامات توسعه سلامت، برگزاری مرتب جلسات پایش اقدامات و فعالیت‌ها در سطوح مختلف ملی، استانی، شهرستانی و واحد عملیاتی، بازبینی و اصلاح تصمیمات در اجرای برنامه‌های ۵ ساله توسعه سلامت هر دو سال یک بار و تقویت نظام مستندسازی، استقرار مدیریت دانش در برنامه توسعه سلامت، قرار دادن الزامات و پاسخگو ساختن واحدها و نهادهای ذی‌ربط به‌منظور گزارش شاخص‌ها به‌صورت دوره‌ای، تدوین داشبورد اطلاعاتی شاخص‌های اصلی و تدوین برنامه‌ها و سیاست‌های توسعه در سال‌های آتی با توجه به روند شاخص‌های مرتبط گذشته پیشنهاد می‌شود.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

References

1. World Health Organization. A framework for national health policies, strategies and plans. Geneva: World Health Organization. 2010: 2-4.
2. Javaheri F, Safari Shali R, Mahdavi kande D. The lack of a comprehensive health policy (As a social problem). Journal of Social Problems of Iran. 2020; 11 (1) :63-87.
3. Moghaddam AV, Damari B, Alikhani S, Salarianzedeh MH, Rostamigooran N, Delavari A, and et al. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. Iranian journal of public health. 2013;42(Supple1):42.
4. Khodayari-Zarnaq R, Kabiri N, Alizadeh G. Health in First to Sixth Economic, Social, and Cultural Development Plans of Iran: A Document Analysis. Journal of Research & Health. 2020; 10(1):1-10.
5. Mehrolhassani MH, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezanian M, Dehnavieh R, and et al. A review of the health financing policies towards universal health coverage in Iran. Iranian Journal of Epidemiology. 2017 Mar 10;12:74-84. [In persian]
6. nosratinejad F, basakha M, sonboli F. Examining Health Related Policies in Development Plans (1 to 6) within the framework of Social Policy. refahj. 2021; 20 (79) :197-228. [In persian]
7. Scott J. A matter of record: Documentary sources in social research. USA: John Wiley & Sons; 2014 Apr 3: 100-110.
8. Tabibi SJ, Maleki MR, Delgoshaei B. Writing Successful Theses, Dissertations, Research Projects and Scientific Articles. 7th ed. Tehran: Ramin; 2016: 196. [In Persian]
9. Mashayekh J. Policy Recommendations for Promoting Intellectual Property System in Iran. Science and Technology Policy Letters. 2019 Aug 23;9(2):15-30.
10. Damari B, Heidari A, Adhami B, Vosoogh Moghaddam A. Evaluation of Implementation Laws for health sector in fifth development plan. Hakim Health Sys Res 2019; 22(2): 94- 99.
11. Report on the performance of the Ministry of Health and Medical Education in relation to the permanent provisions and provisions of the Sixth Development Plan Law in 1398. Office of Strategic Planning and Supervision, Deputy of Management Development, Resources and Planning, Ministry of Health and Medical Education: Iran, Tehran. 2020:1-20.
12. Mohamadi E, Olyaeemanesh AR, Takian AHm, Hassanzadeh A, Mobinizadehh MR, Yousefinezhadi T, and et al. Identification of health indicators to monitor and evaluate the health policies in sixth development five years plan. Hakim Health Sys Res 2018; 21(3): 242-254.
13. Kavosi M, Tabibi SJ, Mahmoudi Majdabadi Farahani M, Hajinabi K. Factors affecting organizations affiliated to Iran's supportive health insurance system. Iran J Health Insur. 2019;1(4):165-172.
14. Droudgar F, Hemmati H, Yadollahi P, Azimi A. Food pyramid and promote healthy eating. Behvarz, 1397; 29 (99): 72-75.
15. Damari B, Heidari A. Designing a Management Model for Development Plans in the Field of Health at the National, Provincial and the District Levels. Community Health. 2017; 4(4):260-68. [In Persian]
16. Akhavan Behbahani A, Rahbari Bonab M. Evaluation of Note 2 of Article 32 of the Law of the Fifth Development Plan of the country regarding the phenomenon of physicians dual practice from the point of view of experts in the field of health of the country - its applicability and challenges. Journal of Medical Council of Iran 2015; 23(1): 15-20. [In Persian]
17. Tabibi SJ. Analysis and evaluation of performance of healthcare systems in terms of their efficiency during two national development plans in Islamic Republic of Iran. Journal of Health Administration 2000; 2(5):1-33. [In Persian]
18. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ: British Medical Journal. 2000;321(7262):694.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

Evaluation of Implementation Laws Related to the Health Sector in the sixth Development Plan

Niusha Shahidi Sadeghi[1], Somayeh Seddighi[1], Mohammad Bakhtiari Aliabad[1], Mahdi Mokhtari-Payam[2*]

1- Ph.D. in healthcare management, Department of Health, Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran, Tehran, Iran.
2- Ph.D. in health policy, Department of Health, Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: the present study evaluated the implementation of legal materials related to health in the Sixth Development Plan.

Method: The present study was a triangulation combined study in 2022. The first stage was carried out with the aim of identifying the measures including documentary analysis, using the data collection form, and the data collected by the research team were refined separately and using contract content analysis. In the second stage, the evaluation indicators including the review of documents and the data collection form, the calculated indicators were sent in the form of a researcher-made questionnaire, and using experts meeting through the discussion framework. The third stage was conducted with using questionnaire approved and completed by three groups including the apparatus and its affiliated units, foreign experts and supervising experts.

Results: Based on the findings, 122 indicators were used separately for legal clauses. The highest distribution of foreign experts' scores was in percentages of less than 25 and 26 to 50, and this distribution was largely similar for observer experts. On average, the rate of progress of the verdicts was 49%, foreign experts 43% and the opinion of the apparatus with a large difference of 87%. About 60% of the opinion of the supervising experts and evaluators were similar. The focus of foreign experts has been more on outcome indicators. About 43% of the 122 indicators were part of the support document or quantitative indicators with the documents provided by the executive body.

Conclusion: Reviewing and evaluating the progress of development plans, depending on their generalities and details, can include very small to large indicators. Also, the use of three groups of evaluators, the use of different sources to enumerate the indicators, relying on official documents such as supporting documents and monitoring devices, as well as presenting the progress of program implementation separately for each of the legal materials are other strengths of this research.

Keywords: Evaluation, performance evaluation, development plan, health sector, sixth development plan

Please cite this article as follows:
Shahidi Sadeghi N, Seddighi S, Bakhtiari Aliabad M, Mokhtari-Payam M. Evaluation of Implementation Laws Related to the Health Sector in the sixth Development Plan. Hakim Health Systems research journal. HAKIM Health Sys Res. 2021;24 (3): 227-240.

***Corresponding Author:** pasdaran, In front of Niavaran Park, Majles Research Center. number: 02186702488, fax number: 02186702488, mhdmktp@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]