

میزان اجرا و پیاده‌سازی مواد قانونی بخش سلامت در برنامه‌ی پنج‌ساله‌ی پنجم کشور

بهزاد دماری^۱، علیرضا حیدری^{۲*}، بهزاد ادهمی^۳، عباس وثوق مقدم^۴

۱- دانشیار، دپارتمان حکمرانی و سلامت، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ۲- استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. ۳- پزشک عمومی، مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران. ۴- استادیار، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: گرگان، کوی گلها، انتهای گلبرگ یکم، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، تلفن: ۰۹۱۲۰۱۲۶۴۵۸ و نمابر: ۰۱۷۳۲۱۶۰۳۳۱
پست الکترونیک: alirezaheidari7@gmail.com

دریافت: ۹۷/۱۱/۳ پذیرش: ۹۸/۳/۱۵

چکیده

مقدمه: برنامه‌های توسعه، اهداف و وظایف هر یک از بخش‌های جامعه را در هر حوزه تعیین می‌کنند؛ هر سازمان دولتی رسیدن به بخشی از این اهداف را به‌عهده دارد. انتظار می‌رود با استفاده از ارزش‌یابی برنامه، متولیان اجرایی از علل عدم پیشرفت برنامه آگاه شده، در رفع آن برای دوره‌های بعدی بکوشند.

روش کار: این مطالعه بر اساس الگوی ارزش‌یابی مشارکتی برنامه‌ها و سیاست‌ها انجام شد. مطالعه در دو قسمت بررسی اسناد، مستندات و مطالعات و دیدگاه صاحب‌نظران انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها ۱۴ مصاحبه‌ی بین‌فردی، ۶ جلسه‌ی بحث گروهی متمرکز (۱۶-۸ نفره) و مرور مستندات مکتوب و اینترنتی بود که با روش تحلیل محتوا آنالیز گردید.

یافته‌ها: از میان ۲۵ ماده‌ی قانونی بررسی‌شده در برنامه‌ی پنجم توسعه، فقط سه بند قانونی شامل تدوین سبد مطلوب غذایی برای جامعه ایرانی موضوع بند د ماده‌ی ۳۴، توسعه‌ی طب سنتی موضوع بند ه ماده‌ی ۳۴، تمرکز سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت موضوع بند ب ماده‌ی ۳۶ به طور کامل اجرایی شده و اکثر بندهای قانون، در مرحله‌ی اول تدوین مستندات جهت تبدیل قانون به اجرا متوقف مانده‌اند. میانگین نمره‌ی میزان پیشرفت برنامه پنجم توسعه با رویکرد وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین تقریباً ۳۸٪ محاسبه گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان پایین اجرایی شدن بخش سلامت برنامه‌ی پنجم توسعه، بررسی دلایل عدم اجرایی شدن قوانین سلامت در کشور و لزوم نظارت دوره‌ای بیشتر بر دستگاه‌های اجرایی جهت رصد میزان اجرای قوانین سلامت پیشنهاد می‌گردد.

کلواژگان: ارزش‌یابی، اجرا، پیاده‌سازی، مواد قانونی، بخش سلامت، برنامه‌ی پنجم توسعه

مقدمه

کشور، میزان موفقیت برنامه‌های توسعه قابل قبول نبوده و در مجموع کمتر از ۲۵٪ محاسبه شده‌است (۳). بررسی میزان اجرا و یا عدم‌اجرای مواد قانونی برنامه‌ی پنجم توسعه در بخش سلامت می‌تواند ضمن جمع‌آوری منظم داده‌ها، تجزیه و تحلیل و انتشار اطلاعات درباره‌ی میزان موفقیت برنامه‌های تدوین‌شده و کمک به تصمیم‌گیری جهت تخصیص مناسب‌تر منابع، بهبود کیفیت و پاسخ‌گویی مطلوب‌تر، به غنای هرچه بیش‌تر احکام برنامه‌ی ششم بیانجامد. بررسی مطالعات (۴-۶) نشان می‌دهد که ارزش‌یابی‌های انجام‌شده به سازوکار نظارتی، عوامل سیاسی و بهره‌وری برنامه‌ی پنجم توسعه پرداخته‌اند و یافته‌های آن‌ها، میزان پیشرفت و دلایل موفقیت مواد قانونی بخش سلامت را نشان نمی‌دهد. بنابراین، مطالعه‌ی حاضر با هدف ارزیابی قوانین برنامه‌ی

امروزه بیشتر کشورها، به‌ویژه کشورهای در حال توسعه، برای رشد و توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خود به تدوین برنامه‌های میان‌مدت و بلندمدت توسعه مبادرت می‌ورزند (۱). برنامه‌های توسعه، اهداف و وظایف هر یک از بخش‌های جامعه را در هر حوزه تعیین کرده، هر سازمان دولتی به‌عنوان بخشی از سازمان وسیع اجرایی کشور، رسیدن به بخشی از این اهداف را به‌عهده دارد. در کشور ما این برنامه‌ها معمولاً بر اساس سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری و با استفاده از دانش و تجربه کارشناسان، مدیران و مسئولان دستگاه‌های اجرایی و صاحب‌نظران مراکز علمی و تحقیقاتی تدوین می‌شود که بسیاری از مسائل مهم کشور از جمله سلامت را دربر می‌گیرند (۲).

بر اساس آسیب‌شناسی برنامه‌های توسعه‌ی پنج‌ساله‌ی

تابستان ۹۸، دوره بیست‌ودوم، شماره دوم، پیاپی ۸۵

قانون ۳۰٪ و وزن مرحله عملیات محیطی و نتایج آن، ۵۰٪ در نظر گرفته شد. همچنین جهت وزن دهی به مواد قانونی، ۲۵ ماده قانونی مورد ارزشیابی بین ۰ و ۱ وزن دهی شدند که نتایج آن به تفکیک هر ماده قانونی در جدول ۱ ارائه گردیده است. خروجی در بخش انتهایی خود به تأیید کمیته راهبری طرح، به عنوان شورای قضاوت کننده، رسید. کمیته راهبردی فنی شامل اعضای تیم پژوهش، خبرگان و ذی‌نفعان ویژه بود که صلاحیت علمی و اجرایی بالاتری داشتند. هر دو مرحله کمی و کیفی با روش تحلیل محتوا آنالیز گردید و در قسمت کمی، میزان احصاء هر یک از شاخص‌های مرتبط با مواد قانونی بر اساس مستندات و نظر خبرگان تعیین گردید.

کد اخلاق با شماره IR.TUMS.NIHR.REC.1396.17 از موسسه ملی تحقیقات سلامت اخذ گردید. سایر ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، کسب اجازه جهت ضبط صدا، محرمانه بودن اطلاعات شخصی و داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه رعایت گردید.

یافته‌ها

از میان ۲۵ ماده قانونی بررسی شده در برنامه‌ی پنجم توسعه، تنها سه بند قانونی شامل تدوین سبب مطلوب غذایی برای جامعه‌ی ایرانی موضوع بند د ماده‌ی ۳۴، توسعه‌ی طب سنتی موضوع بند ه ماده‌ی ۳۴، تمرکز سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت موضوع بند ب ماده‌ی ۳۶، به‌طور کامل اجرایی شده است. بر اساس بند د ماده‌ی ۳۴، فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبب مطلوب غذایی برای جامعه‌ی ایرانی تدوین گردیده است. بر اساس بند ه ماده‌ی ۳۴، برنامه‌ی استراتژیک توسعه‌ی طب سنتی ایران، سند راهبردی گیاهان دارویی و طب سنتی، آیین‌نامه‌ی اجرایی طب مکمل و دستورالعمل اجرایی ارائه‌ی خدمات طب سنتی به‌عنوان مجموعه‌ی مستندات تبدیل قانون به اجرا، تشکیل کمیته‌های تخصصی طب سنتی و طب مکمل، کارگروه‌های تخصصی جهت تدوین دارونامه گیاهی برای بیماری‌های شایع، کارگروه ویژه برای بسترسازی ورود تدابیر حفظ سلامتی و اصلاح سبک‌زندگی، کارگروه «طب سنتی، تندرستی، رسانه» و کارگروه تدوین آیین‌نامه‌ی ده‌گانه‌ی سلامتی به‌عنوان توانمندسازی و بسترسازی محیطی و نهیاتی، تشکیل معاونت طب سنتی در وزارت بهداشت و دانشکده‌های طب سنتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌عنوان اجرای ستادی و نتایج محیطی گزارش شد. بر اساس بند ب ماده‌ی ۳۶، سیاست‌های کلی ابلاغ مقام معظم رهبری، ایجاد واحد سیاست‌گذاری سلامت و دبیرخانه‌ی آن در وزارت بهداشت، راه‌اندازی معاونت برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در وزارت متبوع، مصوبه‌ی هیات امنای برای شکل‌گیری

تابستان ۹۸، دوره بیست‌ودوم، شماره دوم، پیاپی ۸۵

پنجم توسعه در حوزه‌ی سلامت، به‌منظور بررسی میزان شکاف میان وضعیت موجود و اجرای کامل قوانین مصوب انجام شد تا برای نیل به وضعیت مطلوب به مسئولین ذیربط ارائه گردد.

روش کار

این مطالعه بر اساس الگوی ارزش‌یابی مشارکتی (Participatory Evaluation) برنامه‌ها و سیاست‌ها انجام شد. مطالعه در دو قسمت بررسی اسناد، مستندات و مطالعات و دیدگاه صاحب‌نظران انجام شد.

گردآوری اسناد و مستندات به‌صورت هدف‌مند و بر اساس معیارهای جستجو انجام شد. این معیارها بر اساس مرور متون، مشورت با خبرگان علمی و اجرایی و نظر تیم پژوهش حاصل گردید، به‌طوری‌که دست‌آوردهای مواد قانونی برنامه‌ی پنجم را نشان دهد. جمع‌آوری اسناد از طریق مراجعه حضوری به سازمان‌های مرتبط و مراجعه غیرحضوری به وب‌سایت‌ها و پایگاه‌های داده‌ای داخلی انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها در قسمت کیفی، ۶ بحث گروهی متمرکز (۱۶-۸ نفره) و ۱۴ مصاحبه‌ی فردی با صاحب‌نظران مواد قانونی مورد بررسی از وزارت بهداشت و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، سازمان برنامه و بودجه، سازمان بیمه‌ی سلامت و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بود. معیار اتمام مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی، اشباع اطلاعات و عدم‌ارائه‌ی داده‌های جدید بود. با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها ضبط گردید. همراه با ضبط مکالمات، از یادداشت‌برداری نیز استفاده شد. پیاده‌سازی متن مکالمات در اندک فاصله‌ی زمانی پس از انجام مصاحبه‌ها انجام شد. داده‌های به‌دست‌آمده، در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و درستی نتایج توسط ایشان تأیید شد. طبق مطالعات کیفی، به‌جای استفاده از واژه‌های روایی و پایایی داده‌ها، از معیارهای مقبولیت، انتقال‌پذیری، قابلیت‌اطمینان و تأییدپذیری استفاده شد.

جهت تعیین میزان کمی موفقیت برنامه، مستندات قابل‌ارزشیابی در سه مرحله‌ی ۱) مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا (سیاست‌نامه، برنامه، پروژه، گایدلاین، استانداردها و...)؛ ۲) ابلاغیه‌های مربوطه، توانمندسازی و بسترسازی محیطی برای اجرای قانون با استفاده از موارد دسته اول و ۳) مستندات که عملیات محیطی و نتایج آن را نشان می‌دهد، بررسی گردید. بر اساس نظرات گروه کارشناسی شامل صاحب‌نظران وزارت بهداشت و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، مراحل سه‌گانه اجرای ماده قانونی و هر ماده قانونی وزن دهی شد. بطوریکه وزن مرحله وجود مستندات تبدیل قانون به اجرا ۲۰٪، وزن مرحله توانمندسازی و بسترسازی محیطی برای اجرای

واحدهای دبیرخانه‌ی سیاست‌گذاری و کارگروه ساغ استان‌ها به‌عنوان مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، آموزش دبیران کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی به‌عنوان توانمندسازی و بسترسازی محیطی و وجود دبیرخانه‌های کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها به‌عنوان اجرای ستادی و نتایج محیطی عنوان شد. اگرچه اکثر بندهای قانون در مرحله‌ی اول تدوین

مستندات جهت تبدیل قانون به اجرا متوقف مانده‌اند، بند الف ماده‌ی ۳۴، بند ج ماده‌ی ۳۴، بند ب ماده‌ی ۳۵، بند د ماده‌ی ۳۸ و بند ز ماده‌ی ۳۸ اجرای نامطلوبی داشتند. میانگین نمره‌ی میزان پیشرفت برنامه‌ی پنجم توسعه با رویکرد وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین، تقریباً ۳۸٪ محاسبه گردید. جدول ۱ میزان پیشرفت مواد قانونی برنامه‌ی پنجم توسعه در بخش سلامت را نشان می‌دهد.

جدول ۱- میزان پیشرفت مواد قانونی برنامه‌ی پنجم توسعه در بخش سلامت

ماده قانونی	محور موضوع	درصد پیشرفت به تفکیک مراحل			وزن هر ماده قانونی	درصد پیشرفت با وزن مواد قانونی متفاوت
		وجود مستندات	توانمندسازی و عملیات محیطی	تبدیل قانون به اجرا		
بند الف ماده ۳۲	ادامه فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی	۱۴	۳۰	۵۰	۰,۰۲۴	۵۶/۴
بند ب ماده ۳۲	تدوین استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح های بزرگ توسعه ای	۲۰	۳۰	۰	۰,۰۲۵	۳۱/۲
بند ج ماده ۳۲	ایجاد و بازطراحی سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت	۶	۱۴	۸	۰,۰۲۴	۲۳/۴
بند د ماده ۳۲	تهیه برنامه نظام درمانی کشور و ارائه به هیئت وزیران	۲۰	۱۴	۰	۰,۰۲۷	۲۳
بند الف ماده ۳۴	حمایت از بخش‌های خصوصی و تعاونی در ایجاد شهرک‌های دانش سلامت	۱۲	۹	۰	۰,۰۱۶	۸/۴
بند ب ماده ۳۴	افزودن ده درصد خالص وجوه حاصل از اجرای هدفمند کردن یارانه‌ها به اعتبارات سلامت	۲۰	۲۲	۲۵	۰,۰۲۸	۵۴
بند ج ماده ۳۴	متناسب‌سازی نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی دانشگاه‌ها با نظام سلامت و نقشه جامع علمی کشور	۱۲	۱۸	۳۰	۰,۰۰۸	۱۲
بند د ماده ۳۴	اعلام فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سید غذایی مطلوب	۲۰	۳۰	۵۰	۰,۰۲۳	۵۷/۵
بند ه ماده ۳۴	توسعه طب سنتی	۲۰	۳۰	۵۰	۰,۰۲۲	۵۵
بند و ماده ۳۴	مصرف مجاز سموم و کودهای شیمیایی	۲۰	۳۰	۲۳	۰,۰۳۲	۵۸/۴
بند الف ماده ۳۵	استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان	۲۰	۳۰	۲۶	۰,۰۰۳	۶۴/۵
بند ب ماده ۳۵	ساماندهی خدمات بیمه سلامت به صورت یکپارچه در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت	۶	۰	۰	۰,۰۲۵	۳/۷۵
بند الف ماده ۳۶	برقراری تسهیلات ویژه برای پزشکان فعال در مناطق کمتر توسعه‌یافته	۲۰	۳۰	۳۶	۰,۰۲۴	۵۱/۶
بند ب ماده ۳۶	تمرکز سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت	۲۰	۳۰	۵۰	۰,۰۲۸	۷۰
بند الف ماده ۳۷	تعیین فهرست اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف	۲۰	۱۴	۲۳	۰,۰۲۶	۳۷
بند ب ماده ۳۷	درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی	۲۰	۳۰	۲۳	۰,۰۲۸	۵۱
بند ج ماده ۳۷	منع تبلیغ خدمات و کالاهای تهدید کننده سلامت	۲۰	۳۰	۰	۰,۰۲۲	۴۰
بند الف ماده ۳۸	تعیین و ابلاغ سازوکار بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت	۲۰	۱۲	۳۶	۰,۰۳۱	۵۲/۷
بند ب ماده ۳۸	تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران	۲۰	۳۰	۱۵	۰,۰۲۷	۴۴
بند ج ماده ۳۸	تعریف و اجرای خدمات بیمه پایه سلامت متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده	۲۰	۹	۱۵	۰,۰۰۳	۲۳
بند د ماده ۳۸	تعیین سهم بیمه پایه سلامت خانوار	۲۰	۲۱	۳۵	۰,۰۲۵	۴۷/۵
بند ه ماده ۳۸	تدوین نظام نظارت و بیمه اجباری تضمین کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی	۰	۰	۰	۰,۰۲۶	۰
بند ز ماده ۳۸	خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیر دولتی توسط سازمان بیمه سلامت	۶	۰	۰	۰,۰۳۲	۴/۸
بند و ماده ۳۸	نظارت وزارت بهداشت بر مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت و آزادسازی منابع متناسب با آن	۹	۹	۸	۰,۰۳۳	۲۱/۵
بند ه ماده ۳۸	واگذاری نظارت بر مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت به بخش غیر دولتی	۲۰	۳۰	۲۳	۰,۰۲۵	۴۵/۶
	میانگین	۱۶/۲	۲۱/۰۸	۲۱/۸۴	جمع یک	۳۷/۸۵

بحث

بر اساس نتایج مطالعه، بند د ماده‌ی ۳۴، بند ه ماده‌ی ۳۴ و بند ب ماده‌ی ۳۶ به‌طور کامل اجرایی گردیده‌است. قانون تدوین سبد مطلوب غذایی برای جامعه ایرانی پیشرفت خوبی داشته‌است. پیش از تدوین سبد غذایی مطلوب سال ۱۳۹۱، دو سبد غذایی مطلوب در سال‌های ۱۳۷۷ و ۱۳۸۸ تدوین شد که بر لزوم کاهش مصرف قند و شکر و روغن نباتی و افزایش مصرف میوه، سبزی، گوشت و لبنیات تاکید دارند. در سبد غذایی مطلوب سال ۱۳۹۱ نیز، با تغییری اندک، ادامه‌ی همین روند در الگوی غذایی مطلوب دیده شد. از محدودیت‌های تامین سبد غذایی مطلوب، افزایش قیمت مواد غذایی مانند گوشت قرمز و لبنیات است که موجب محدودیت در دسترسی اقتصادی و امکان حذف این اقلام از سبد غذایی برخی خانواده‌ها می‌گردد.

قانون توسعه‌ی طب سنتی نیز به خوبی اجرایی گردیده‌است. از دلایل پیشرفت این بند، برنامه‌ی استراتژیک توسعه‌ی طب سنتی ایران، سند راهبردی گیاهان دارویی و طب سنتی، آیین‌نامه‌ی اجرایی طب مکمل و دستورالعمل اجرایی ارائه‌ی خدمات طب سنتی به‌عنوان مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، تشکیل کمیته‌های تخصصی طب سنتی و طب مکمل، کارگروه‌های تخصصی جهت تدوین دارونامه‌ی گیاهی برای بیماری‌های شایع، کارگروه ویژه برای بسترسازی ورود تدابیر حفظ سلامتی و اصلاح سبک زندگی، کارگروه «طب سنتی، تندرستی، رسانه» و کارگروه تدوین آیین‌نامه‌ی دهکده‌ی سلامتی به‌عنوان توانمندسازی و بسترسازی محیطی و نهایتاً تشکیل معاونت طب سنتی در وزارت بهداشت و دانشکده‌های طب سنتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌عنوان اجرای ستادی و نتایج محیطی گزارش شد.

تمرکز سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت نیز اجرای مناسبی داشته‌است. از دلایل پیشرفت این بند، می‌توان به سیاست‌های کلی ابلاغ مقام معظم رهبری، ایجاد واحد سیاست‌گذاری سلامت و دبیرخانه‌ی آن در وزارت بهداشت، راه‌اندازی معاونت برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در وزارت متبوع، مصوبه‌ی هیات امنای برای شکل‌گیری واحدهای دبیرخانه‌ی سیاست‌گذاری و کارگروه ساغ استان‌ها، آموزش دبیران کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی و وجود دبیرخانه‌های کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها اشاره کرد.

اکثر بندهای قانون در مرحله‌ی اول تدوین مستندات جهت تبدیل قانون به اجرا متوقف مانده‌اند، ولی بند الف ماده‌ی ۳۴، بند ج ماده‌ی ۳۴، بند ب ماده‌ی ۳۵، بند

ح ماده‌ی ۳۸ و بند ز ماده‌ی ۳۸ اجرای ضعیف‌تری داشتند. علی‌رغم تدوین پیش‌نویس آیین‌نامه‌ی اجرایی بند الف ماده‌ی ۳۴ و ارسال به معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی، ارائه‌ی فراخوان برای جذب اعضای کمیسیون‌های تخصصی شورای عتف به مراکز علمی و دانشگاه‌ها و دریافت تقاضا جهت راه‌اندازی شهرک‌های دانش سلامت، به دلیل عملیاتی نشدن ایجاد شهرک‌های دانش سلامت در پایان برنامه‌ی پنجم توسعه، میزان پیشرفت نامناسب ارزیابی شد. مهم‌ترین چالش در اجرایی شدن این بند از ماده قانونی، یافتن سرمایه‌گذاران بخش خصوصی در این عرصه می‌باشد. برای رفع این چالش و اجرایی شدن ماده‌ی قانونی، راهکارهای پیش‌نهادی، افزایش آگاهی و حمایت‌طلبی از بخش خصوصی و تامین سرمایه برای ایجاد شهرک‌های دانش‌بنیان می‌باشد.

یکی دیگر از قوانینی که اجرای ضعیفی داشته، بند ج ماده‌ی ۳۴ است. موانع عدم پیشرفت اجرای این ماده‌ی قانونی می‌تواند نبود مستنداتی در خصوص استخراج و اعمال نیازهای آموزشی، ظرفیت ورودی کلیه‌ی دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی علوم پزشکی متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات و نقشه‌ی جامع علمی کشور و تاکید بر جنبه‌ی تربیت و آموزش نیروی انسانی باشد.

میزان پیشرفت بند ب ماده‌ی ۳۵ نیز نامطلوب ارزیابی گردید. علی‌رغم تصویب و ابلاغ بسته‌ی اجرایی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، موضوع ماده ۲۱۷ و درج این ماده‌ی قانونی در این بسته و اساس‌نامه‌ی سازمان بیمه‌ی سلامت، سامانه‌ی «پرونده‌ی الکترونیک سلامت ایرانیان» راه‌اندازی نشده‌است. با توجه به عدم همکاری سازمان‌هایی چون ثبت احوال و نظام پزشکی در تبادل اطلاعات لازم، وجود هماهنگی‌های میان‌بخشی در سطوح بالای دولت پیش‌نهاد می‌گردد.

یکی دیگر از قوانینی که میزان پیشرفت نامناسبی داشته، بند ح ماده‌ی ۳۸ بود. بر اساس قانون مواد خوراکی، آشامیدنی و بهداشتی، بررسی، نمونه‌برداری و در صورت لزوم اقدام قانونی در سطح تولید توسط معاونت غذا و دارو در دانشگاه‌های علوم پزشکی و بررسی بهداشت مواد غذایی در سطح عرضه توسط واحد بهداشت محیط معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌صورت منظم انجام می‌شود؛ ولی نظام نظارت و بیمه‌ی اجباری تضمین کیفیت تولید و عرضه‌ی مواد غذایی تدوین نگردیده‌است. به‌منظور اجرایی‌سازی این قانون، اجباری نمودن استاندارد شیر خام، ایجاد زیرساخت برای استانداردسازی مواد اولیه‌ی تحویلی به کارخانه و حل

و واحد عملیاتی، بازبینی و اصلاح تصمیمات در اجرای برنامه‌های پنج‌ساله‌ی توسعه سلامت هر دو سال یک‌بار و تقویت نظام مستندسازی و استقرار مدیریت دانش در برنامه‌ی توسعه‌ی سلامت پیش‌نهاد می‌گردد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

مطالعات پیشین، نتایج شفاف‌ی پیرامون میزان درصد پیشرفت و دلایل عدم‌پیش‌رفت مواد قانونی برنامه‌های توسعه‌ی کشور ارائه نمی‌نماید و نتایج منتشرشده به ابعاد مختلف ارزش‌یابی که سیاست‌گذاران و عوامل اجرایی بتوانند از آن استفاده نمایند، نمی‌پردازد. نتایج مطالعه‌ی حاضر که درصد پیش‌رفت اجرای قوانین برنامه‌ی پنجم توسعه در بخش سلامت را به تفکیک هر ماده قانونی نشان می‌دهد و راهکارهای لازم را جهت پیش‌برد آن‌ها ارائه می‌نماید، ضمن انجام یک ارزشیابی علمی، به سیاست‌گذاران در پیاده‌سازی آتی قوانین مرتبط کمک نموده و در صورت لزوم آن‌ها را در مسیر اصلاح قوانین طراحی شده هدایت می‌نماید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم دانستند بدین‌وسیله از موسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت که اعتبارات مالی طرح حاضر را تامین نمود و همچنین، آقایان دکتر کامبیز منظم، حسین سالاریان‌زاده، مسعود پزشکیان و علی اخوان به سبب همکاری صمیمانه‌ی ایشان تشکر و سپاس‌گزاری نمایند.

References

- 1- Norouzzadeh R, Fathi Vajargah K, Kayzouri AH. Content Analysis of National Documents for Composing Policies in five Years Plan in Higher Education, Science and Technology of Iran. Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education. 2009; 15 (3) :29-50 [In Persian].
- 2- Barati O, Keshtkaran A, Ahmadi B, Hatam N, Khammarnia M, Siavashi E. Equity in the Health System: An Overview on National Development Plans. Sadra Medical Sciences Journal 1393; 3(1):77-88 [In Persian].
- 3- 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].
- 4- Akhavan Behbahani A, Rahbari Bonab M. Evaluation of

مشکلات در حفظ زنجیره‌ی سرما می‌تواند راه‌گشا باشد. اجرای بند ۳۸ ماده‌ی ۳۸، در سطح تدوین آیین‌نامه‌ی خرید راهبردی متوقف مانده بود. جهت پیش‌رفت و اجرای موثر قانون، تغییر مکانیسم‌های بازپرداخت به پرداخت مبتنی بر عمل‌کرد و کیفیت، بازنگری قوانین کنونی جهت خرید خدمات مبتنی بر شاخص‌های کمی و کیفی مراکز و متناسب با توان مالی بیمه‌شدگان. بازنگری فهرست خدمات بیمه پایه سلامت بر مبنای نظام اولویت‌بندی و سهمیه‌بندی خدمات سلامت و بازطراحی الگوی قرارداد خرید خدمت از ارائه‌کنندگان خدمات مبتنی بر الزامات خرید راهبردی پیش‌نهاد می‌گردد.

محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر شامل کمبود پیمایش‌های ملی و داده‌های کمی قابل‌استناد مرتبط با مواد قانونی مورد بررسی، دسترسی محدود به آمار و مستندات مرتبط و نبود مطالعات مشابه جهت مقایسه با نتایج مطالعه بود. همچنین، به سبب گستردگی و تعدد بندهای قانونی مورد بررسی، برای حصول جمع‌بندی انجام چندین مصاحبه و نشست تخصصی لازم می‌نمود.

نتیجه‌گیری

با توجه به میزان پایین‌اجرای شدن برنامه‌ی پنجم توسعه، ضمن بررسی دلایل اجرایی‌نشدن قوانین سلامت در کشور، تدوین برنامه و بودجه‌ی سالانه‌ی دولت و شهرداری‌ها بر اساس برنامه‌ی جامع اقدامات توسعه سلامت، برگزاری مرتب جلسات پایش اقدامات و فعالیت‌ها در سطوح مختلف ملی، استانی، شهرستانی

- 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].
- 5- Tabibi SJ. Analysis and evaluation of performance of health-care systems in terms of their efficiency during two national development plans in Islamic Republic of Iran. Journal of Health Administration 1999; 2(5):1-33 [In Persian].
- 6- Islamic Consultative Research Center. About Fifth Development Plan, Pathology of Development Plans in Iran. First edit Tehran, 2009. Islamic Consultative Research Center, pp 2-20 [In Persian].

Evaluation of Implementation Laws for the Health Sector in the Fifth Development Plan

Behzad Damari ¹, Alireza Heidari ²*, Behzad Adhami ³, Abbas Vosoogh Moghaddam ⁴

¹*Governance and Health Department, Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

²*Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran*

³*Islamic Consultative Assembly, Tehran, Iran*

⁴*Secretariat of the High Council for Health and Food Security, Ministry of Health, Tehran, Iran*

Abstract

Background: Development plans define the goals and responsibilities of each sector of society in each area, and each governmental organization is achieving some of these goals. It is expected that, through appraisal of the program, executive managers across the country will be aware of the challenges of law enforcement and will be resolved for future periods.

Methods: This study was conducted based on the participatory evaluation model of programs and policies. The study was conducted in two parts: document analysis and views of experts. The data collection method was in-depth interviews, focused group discussions, and review of written and online documents that were analyzed by content analysis method.

Results: Out of the 25 laws reviewed in the Fifth Development Plan, only three articles of law included the development of a desirable food basket for the Iranian community under article 34. The development of traditional medicine, article 34, the focus of policy, planning, and oversight health in the Ministry of Health has been fully implemented under article 36. Most of the provisions of the law have stopped at the first stage of drafting documents for the conversion of the law into force. The average progress score of the Fifth Development Plan with a different weight approach and different weight stages of the rules was calculated to be approximately 38%.

Conclusions: Considering the low level of implementation of the Fifth Development Plan, consideration of the reasons for the non-implementation of health laws in the country and the need for more periodic monitoring of the implementation of devices to monitor the components of health laws is suggested.

Keywords: Evaluation, Implementation, Legal Articles, Health Sector, Fifth Development Plan

Please cite this article as follows:

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.

*Corresponding Author: Assistant Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golha St., Gorgan, Iran. Tel: +98-9120126458, Fax: +98-1732160331, Email: alirezaheidari7@gmail.com