

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

ارزشیابی میزان اجرا و پیاده‌سازی مواد قانونی مربوط به بخش سلامت در برنامه
پنج‌ساله پنجم کشور

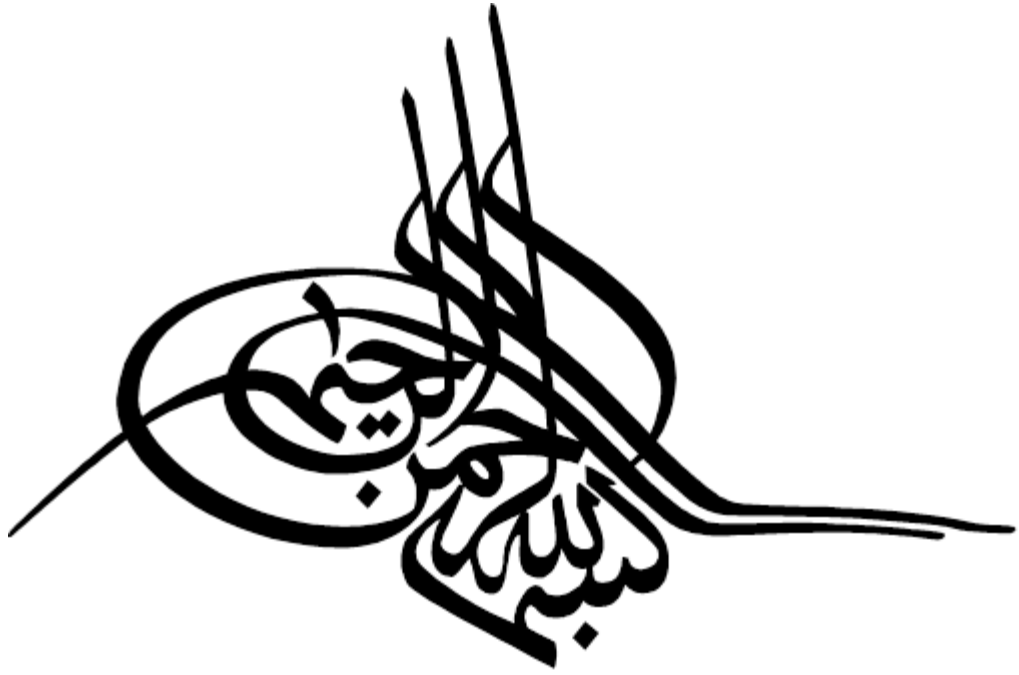
مجری طرح

دکتر علیرضا حیدری
دکتر بهزاد دمازی

همکاران طرح

دکتر عباس وثوق مقدم
دکتر بهزاد ادهمی
دکتر کامبیز منظم
دکتر محمدحسین سالاریان‌زاده

موسسه ملی تحقیقات سلامت



فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
فصل اول - مقدمه	۴
هدف اصلی	۴
اهداف اختصاصی	۵
اهداف کاربردی	۵
فرضیه‌ها یا سوالات پژوهش	۵
فصل دوم - زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده ادبیات موضوع	۶
فصل سوم - روش پژوهشوم: مواد و روش‌ها	۱۴
۱- بررسی اسناد و مستندات	۱۴
۱-۱- جامعه پژوهش	۱۴
۲-۱- روش نمونه‌گیری	۱۴
۳-۱- جمع‌آوری مستندات	۱۴
۳-۱-۱- مراجعات حضوری	۱۴
۳-۱-۲- جستجوی غیرحضوری	۱۴
۴-۱- تحلیل اسناد و مستندات	۱۴
۲- دیدگاه صاحب‌نظران	۱۵
فصل چهارم - یافته‌های پژوهش‌ها و مطالعه	۱۸
دلایل اصلی عدم اجرای برنامه پنجم توسعه (چالش‌های تدوین قوانین)	۷۳
دلایل اصلی عدم اجرای برنامه پنجم توسعه (چالش‌های پیاده‌سازی قوانین)	۷۳
راهکارهای موفقیت در استقرار برنامه‌های توسعه کشور	۷۴
فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری، پیشنهادات	۷۶
پیشنهادات جهت افزایش درصد پیشرفت	۸۵
محدودیت‌های انجام مطالعه	۸۶
راه آینده	۸۷
منابع	۸۸

خلاصه اجرایی طرح

مقدمه: برنامه‌های توسعه رکن اصلی توسعه کشور محسوب می‌شود. بر اساس آسیب‌شناسی برنامه‌های توسعه پنج‌ساله در کشور میزان موفقیت برنامه‌های توسعه قابل قبول نبوده و در مجموع در دو برنامه سوم و چهارم هر یک حدود ۲۵٪ محاسبه شده است. انتظار می‌رود با استفاده از ارزشیابی برنامه از علل عدم پیشرفت برنامه، متولیان اجرایی در سراسر کشور از چالش‌های اجرای قانون آگاه شده و در رفع آن برای دوره‌های بعدی اهتمام کنند و با ارائه نتایج حاصل از میزان پیشرفت و علل عدم پیشرفت برنامه، قانون‌گذار از ایرادات قانونی در مرحله تکوین، ابلاغ و نظارت بر اجرا آگاه گردد.

روش کار: این مطالعه بر اساس الگوی ارزشیابی مشارکتی (Participatory Evaluation) برنامه‌ها و سیاست‌ها انجام شد. مطالعه در دو قسمت بررسی اسناد و مستندات، مطالعات و دیدگاه صاحب‌نظران انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها در قسمت کیفی مصاحبه، بحث گروهی و مرور اسناد بود که با روش تحلیل محتوا آنالیز گردید و در قسمت کمی میزان احصاء هریک شاخص‌های مرتبط با مواد قانونی بر اساس مستندات و نظر خبرگان تعیین گردید.

نتایج: از بین ۲۵ ماده قانونی بررسی شده در برنامه پنجم توسعه، فقط سه بند قانون شامل تدوین سبده مطلوب غذایی برای جامعه ایرانی موضوع بند د ماده ۳۴، توسعه طب سنتی موضوع بند ه ماده ۳۴، تمرکز سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت موضوع بند ب ماده ۳۶، به‌طور کامل اجرایی شده است و اکثر بندهای قانون در مرحله اول تدوین مستندات جهت تبدیل قانون به اجرا متوقف مانده‌اند. میانگین نمره 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 برنامه پنجم توسعه، بررسی دلایل اجرایی شدن قوانین سلامت در کشور و لزوم نظارت دوره‌ای بیشتر بر دستگاه‌های اجرای جهت رصد میزان اجزای قوانین سلامت پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: ارزشیابی، اجرا، پیاده‌سازی، مواد قانونی، بخش سلامت، برنامه پنجم توسعه

پیشرفت مواد قانونی برنامه پنجم توسعه در بخش سلامت

شماره	ماده قانونی	وزن هر ماده قانونی	درصد پیشرفت با وزن مواد قانونی متفاوت
۱	بند الف ماده ۳۲	۰,۰۲۴	۵۶/۴
۲	بند ب ماده ۳۲	۰,۰۲۵	۳۱/۲
۳	بند ج ماده ۳۲	۰,۰۳۴	۲۳/۴
۴	بند د ماده ۳۲	۰,۰۲۷	۲۳
۵	بند الف ماده ۳۴	۰,۰۱۶	۸/۴
۶	بند ب ماده ۳۴	۰,۰۲۸	۵۴
۷	بند ج ماده ۳۴	۰,۰۰۸	۱۲
۸	بند د ماده ۳۴	۰,۰۲۳	۵۷/۵
۹	بند ه ماده ۳۴	۰,۰۲۲	۵۵

ارزشیابی میزان اجرا و پیاده‌سازی مواد قانونی مربوط به بخش سلامت در برنامه پنج‌ساله پنجم کشور

شماره	ماده قانونی	وزن هر ماده قانونی	درصد پیشرفت با وزن مواد قانونی متفاوت
۱۰	بند و ماده ۳۴	۰,۰۳۲	۵۸/۴
۱۱	بند الف ماده ۳۵	۰,۰۳	۶۴/۵
۱۲	بند ب ماده ۳۵	۰,۰۲۵	۳/۷۵
۱۳	بند الف ماده ۳۶	۰,۰۲۴	۵۱/۶
۱۴	بند ب ماده ۳۶	۰,۰۲۸	۷۰
۱۵	بند الف ماده ۳۷	۰,۰۲۶	۳۷
۱۶	بند ب ماده ۳۷	۰,۰۲۸	۵۱
۱۷	بند ج ماده ۳۷	۰,۰۳۲	۴۰
۱۸	بند الف ماده ۳۸	۰,۰۳۱	۵۲/۷
۱۹	بند ب ماده ۳۸	۰,۰۲۷	۴۴
۲۰	بند ج ماده ۳۸	۰,۰۳	۳۳
۲۱	بند د ماده ۳۸	۰,۰۲۵	۴۷/۵
۲۲	بند ح ماده ۳۸	۰,۰۲۶	۰
۲۳	بند ز ماده ۳۸	۰,۰۳۲	۴/۸
۲۴	بند و ماده ۳۸	۰,۰۳۳	۲۱/۵
۲۵	بند ه ماده ۳۸	۰,۰۲۵	۴۵/۶
	میانگین	جمع یک	۳۷/۸۵

فصل اول – مقدمه

توسعه مجموعه‌ای از تحولات فکری، فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی است که به گسترش توانایی‌ها و ظرفیت‌های کلی یک جامعه در همه ابعاد منجر می‌شود و برنامه‌ریزی برای توسعه امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. امروزه، بیشتر کشورها به‌ویژه کشورهای در حال توسعه برای رشد و توسعه 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 و هر سازمان دولتی به‌عنوان بخشی از سازمان وسیع اجرایی کشور، رسیدن به بخشی از این اهداف را به عهده 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 تنظیم می‌شود که بسیاری از مسائل مهم کشور از جمله سلامت را در برمی‌گیرند (۲). برنامه‌ریزی توسعه در هر کشور، به عواملی مانند سطح توسعه‌یافتگی، نوع نظام برنامه‌ریزی، اهداف تعیین شده برای برنامه و ملاحظات درباره مسائل فنی، زیست‌محیطی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی بستگی دارد (۳).

در حوزه سلامت، در برنامه اول و دوم توسعه گسترش خدمات بهداشتی درمانی و ارتقاء شاخص‌های سلامتی و در برنامه سوم کاهش تصدی در بخش دولتی و افزایش سهم بخش خصوصی در خدمات بهداشتی درمانی، در دستور کار قرار گرفت. از برنامه چهارم توسعه مفاهیمی چون عدالت در سلامت، پرداخت از جیب، هزینه‌های کمرشکن سلامت و ... در قوانین ظاهر شد و رویکردها از گسترش فیزیکی به عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و عدالت مالی در سلامت تغییر یافت. در برنامه پنجم توسعه، عدالت در سلامت و ساماندهی نظام درمانی مطرح گردیده است و تلاش در جداسازی بخش خصوصی از دولتی است که در نظام سلامت ایران درهم‌تنیده است (۴). بر اساس آسیب‌شناسی برنامه‌های توسعه پنج‌ساله در کشور میزان موفقیت برنامه‌های توسعه قابل قبول نبوده و در مجموع کمتر از ۲۵٪ محاسبه شده است (۵). ملاحظه میزان اجرا و یا عدم اجرای مواد قانونی برنامه پنجم توسعه در بخش سلامت می‌تواند ضمن جمع‌آوری منظم داده‌ها، تجزیه و تحلیل و انتشار اطلاعات درباره میزان موفقیت برنامه‌های تدوین شده و کمک به تصمیم‌گیری جهت تخصیص مناسب‌تر منابع، بهبود کیفیت و پاسخگویی مطلوب‌تر، به غنای هر چه بیشتر احکام برنامه ششم بیانجامد. بررسی مطالعات انجام شده (۶-۸) نشان می‌دهد که ارزشیابی‌های انجام شده به سازوکار نظارتی، عوامل سیاسی و بهره‌وری مربوط به برنامه پنجم توسعه پرداخته‌اند و یافته‌های آن میزان پیشرفت و دلایل موفقیت مواد قانونی بخش سلامت را نشان نمی‌دهد؛ بنابراین این مطالعه باهدف ارزیابی قوانین برنامه پنجم توسعه در حوزه سلامت به منظور میزان شکاف بین وضعیت موجود و اجرای کامل قوانین مصوب انجام شد تا برای نیل به وضعیت مطلوب به مسئولین ذی‌ربط ارائه گردد.

هدف اصلی

ارزشیابی اجرای مواد قانونی بخش سلامت قانون برنامه پنجم توسعه کشور

اهداف اختصاصی

۱. توصیف و تعیین شاخص‌های ارزشیابی مواد قانونی بخش سلامت قانون برنامه پنجم توسعه کشور
۲. تعیین معرف‌ترین ذینفعان اجرایی با استفاده از مدل اثر-تعهد و خبرگان علمی با استفاده از روش عمدی برای ارزشیابی مواد قانونی بخش سلامت قانون برنامه پنجم توسعه کشور
۳. تحلیل مستندات درباره اقدامات انجام‌شده در طول مدت اجرای قانون برنامه پنجم توسعه کشور
۴. تحلیل داده‌های کمی ثانوی (شامل داده‌های ثبتی، پیمایش‌ها و ...) و داده‌های کیفی (شامل نظرات مجریان، ذینفعان و ...) در طول اجرای برنامه
۵. تعیین درصد پیشرفت مواد قانونی برنامه پنجم توسعه بر اساس شاخص‌های کمی و داده‌های کیفی حاصل از کمیته راهبری
۶. تعیین علل موفقیت و یا پیشرفت کم مواد قانونی برنامه

اهداف کاربردی

۱. قانون برنامه پنج‌ساله ششم در بخش سلامت با سرعت و اثربخشی بالاتر اجرا شود
۲. با ارائه نتایج حاصل از علل عدم پیشرفت برنامه، متولیان اجرایی در سراسر کشور از چالش‌های اجرای قانون آگاه شده و در رفع آن برای دوره‌های بعدی اهتمام کنند.
۳. با ارائه نتایج حاصل از میزان پیشرفت و علل عدم پیشرفت برنامه، قانون‌گذار از ایرادات قانونی در مرحله تکوین، ابلاغ و نظارت بر اجرا آگاه گردد.

فرضیه‌ها یا سوالات پژوهش

۱. شاخص‌های ارزشیابی مواد قانونی بخش سلامت قانون برنامه پنجم توسعه کشور کدام است؟
۲. معرف‌ترین ذینفعان اجرایی و خبرگان علمی رأی ارزشیابی مواد قانونی بخش سلامت قانون برنامه پنجم توسعه کشور چه افراد و دستگاه‌هایی هستند؟
۳. اقدامات انجام‌شده در طول مدت اجرای قانون برنامه پنجم توسعه کشور از منظر مستندات موجود چیست؟
۴. داده‌های کمی ثانوی (شامل داده‌های ثبتی، پیمایش‌ها و ...) و داده‌های کیفی (شامل نظرات مجریان، ذینفعان و ...) در طول اجرای برنامه چه چیزی در مورد میزان پیشرفت برنامه پنج‌ساله نشان می‌دهد؟
۵. میزان پیشرفت کمی برنامه بر اساس شاخص‌های کمی و داده‌های کیفی از دیدگاه کمیته راهبری (حاصل تحلیل ذینفعان) چگونه است؟
۶. علل موفقیت و یا پیشرفت کم مواد قانونی برنامه از دیدگاه ذینفعان کدام است؟

فصل دوم - زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

مطالعه عزیز خانی و ورمزباز باهدف ارزیابی سازوکار نظارتی برنامه پنجم توسعه انجام شد. ابتدا روش‌های عام نظارت قوه مقننه بر برنامه‌های توسعه و ویژگی‌های بازم برای یک شاخص (مورد انتظار در نظارت) ارائه شده است. سپس سازوکار نظارت بر برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه از منظر سطح تطابق با روش‌های نظارت و ویژگی‌های لازم برای شاخص‌های نظارتی به صورت تطبیقی بررسی گردید. با ملاحظه درجه تشابه ساختار نظارت برنامه پنجم با برنامه چهارم توسعه و سنجش میزان کارآمدی سازوکار نظارت بر برنامه چهارم توسعه از طریق مطالعه گزارش‌های نظارتی سالیانه برنامه چهارم (و میزان تحقق اهداف نظارتی برنامه)، این نتیجه از سازوکار نظارت برنامه پنجم به دست آمده است که سطح کارآمدی مورد انتظار از نظارت بر برنامه پنجم تفاوت چندانی با سطح کارآمدی برنامه چهارم نخواهد داشت. در عمل سازوکار نظارت بر برنامه چهارم توسعه کارا نبوده و نتایج مورد انتظار نظارت بر برنامه را برآورد کرده است. بر اساس یک سازوکار نظارتی پیشنهاد شد که در واقع مکمل سازوکار نظارتی موجود در برنامه پنجم است. بنیان این پیشنهاد ارتباط بین بودجه سالیانه و برنامه توسعه است که در آن دیوان محاسبات، گزارش‌های نظارتی سالیانه ارائه شده توسط دولت را ارزیابی کرده و این ارزیابی یکی از متغیرهای تأثیرگذار در فرآیند تصمیم‌گیری تخصیص بودجه سالیانه خواهد بود (۹).

مطالعه اشتریان و همکاران باهدف تعیین تأثیر عوامل سیاسی بر اجرای برنامه پنجم توسعه در ایران انجام شد. فرضیه اولیه این مقاله این است که عوامل مؤثر در اجرای برنامه پنجم توسعه در ایران به دو بعد عمده تقسیم می‌شوند. بعد سیاسی و بعد مدیریتی - فنی. عوامل سیاسی شامل فقدان اراده سیاسی دولت برای اجرای برنامه، منافع پنهانی قانون‌گذاران، مجریان و ناظرین، اشتراک میان مجریان و قانون‌گذاران، عدم تعهد مجریان به برنامه و عدم اعتقاد مجریان به برنامه. عوامل مدیریتی شامل ناآشنایی مدیران و مجریان برنامه، ضعف در آموزش و تخصص مدیران و مجریان با برنامه، سیستم کند اداری و فرآیند تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی لازم جهت اجرای برنامه، ضعف گردش اطلاعات و مدیریت دانش در سازمان‌ها، ضعف نظارت و ارزشیابی بیرونی و درونی بر برنامه توسعه و فقدان ستادی قوی برای اجرای سیاست‌ها. عوامل فنی شامل سبک زندگی ایرانیان به لحاظ فرهنگی (بی‌نظمی، تنبلی، ناامیدی به آینده و ...)، عدم وجود راهنمای سیاست، تعدد قوانین و تکثیر سیاست‌ها، عدم تدوین قوانین و تکثیر سیاست‌ها، عدم تدوین به موقع سندهای استانی و عدم ارتباط قوی بین بودجه سالیانه و بودجه برنامه. هر یک از این ابعاد شامل عوامل متعددی هستند که برگرفته از چارچوب نظری و مصاحبه‌های اکتشافی با مجریان و متخصصان برنامه هستند و در اجرای برنامه‌ها نقش کلیدی ایفا می‌کنند. فرضیات این مقاله در قالب پرسشنامه مورد آزمون قرار گرفته و نتایج اعتبار سنجی مدل پیشنهادی همراه با تحلیل عاملی برای تعیین عوامل اصلی نشان داد که بیشتر عوامل مفروض دارای نقش کلیدی هستند (۱۰).

در مطالعه طیبی که با عنوان تحلیل و ارزیابی عملکرد بخش بهداشت و درمان از دیدگاه بهره‌وری طی دو برنامه اول و دوم توسعه ملی جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸ انجام شد، هدف مطالعه از دیدگاه آرمانی، تعیین مسیری بوده که نه تنها به طور خاص، جایگاه منجر به فرد و ممتاز بخش بهداشت را در چارچوب بخش توسعه بنمایاند، بلکه عملاً تلاشی در جهت تحقق هرچه سریع‌تر عدالت اجتماعی به شمار رود. از سوی دیگر، ارزیابی

عملکرد بخش بهداشت و درمان به دیدگاه بهره‌وری طی برنامه اول و دوم توسعه و مشخص ساختن میزان همسویی آن‌ها با اصول و شاخص‌های توسعه‌یافتگی، هدف کلی مطالعه حاضر را شکل داده است. بدین ترتیب، با کمک روش توصیفی - تحلیلی و با دیدگاهی گذشته‌نگر و تاریخی، مجموع مباحث توسعه و توسعه‌یافتگی به‌طور عام و در حوزه بهداشت و درمان به‌طور خاص مورد بررسی قرار گرفته و سپس با اهداف و عملکرد بخش بهداشت و درمان در چارچوب برنامه اول و دوم مقایسه گردید. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که قسمت عمده‌ای از اهداف برنامه اول در زمینه شاخص‌های بهداشتی به‌طور کامل تحقق نیافتند. در زمینه شاخص‌های درمانی، موارد مربوط به ساخت تأسیسات بیمارستانی کاملاً با اهداف برنامه منطبق بوده یا از آن پیشی گرفته‌اند و شاخص‌های مربوط به کارایی بخش و نیروی انسانی به‌جز شاخص «کاهش متوسط اقامت روزهای بستری در بیمارستان» و «نسبت دندان‌پزشک به هر صد هزار نفر جمعیت» به اهداف مربوطه نرسیدند. از این‌رو، به نظر می‌رسد که برخی از شاخص‌ها حاصل شده در مورد برخی دیگر چنین نبوده است. در برنامه دوم، وضعیت شاخص‌های بهداشتی ارتقاء مناسبی یافته به‌نحوی که اکثر این شاخص‌ها از اهداف خود تا پایان سال ۱۳۷۶ پیش افتاده و بهره‌وری کاملی داشتند. در خصوص شاخص‌های درمانی، می‌توان مشاهده نمود که کلیه شاخص‌های درمانی به‌جز شاخص «ضرب اشغال تخت بیمارستانی» از اهداف خود پیشی گرفته و دارای بهره‌وری کاملی بودند. به‌علاوه محورهایی چون اجرای ناقص استراتژی اولویت بهداشت بر درمان، تحقق ناقص اهداف کیفی برنامه‌های اول و دوم و انطباق ناقص اقدامات انجام‌شده با اصول و مفاهیم توسعه و توسعه‌یافتگی بخش دیگر از یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌باشند. بدین ترتیب، با قرار داشتن در آستانه تدوین برنامه سوم توسعه ملی، استفاده از نتایج پژوهش حاضر می‌تواند دیدگاه همه‌جانبه و مسیر روشنی را فراروی دست‌اندرکاران این عرصه قرار دهد (۶).

مطالعه اخوان بهبهانی و رهبری بناب باهدف ارزیابی تبصره‌ی ۲ ماده‌ی ۳۲ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه‌ی کشور در خصوص پدیده‌ی دو شغله بودن پزشکان از دیدگاه صاحب‌نظران و خبرگان حوزه‌ی سلامت کشور انجام شد. مطالعه از نوع کیفی بوده و اطلاعات موردنیاز از طریق پرسشنامه حاوی چهار سؤال باز و برگزاری جلسات بحث متمرکز از صاحب‌نظران و خبرگان حوزه سلامت که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به دست آمد. نتایج پژوهش در قالب ۴ مضمون شامل مزایا و معایب احتمالی اجرای قانون، قابلیت اجرایی شدن و پیاده‌سازی آن و درنهایت مشکلات اجرایی قانون که خود مشتمل بر ۱۱ نمایه بودند منعکس شده است. بر اساس نظرات شرکت‌کنندگان در این مطالعه، در مجموع اجرای قانون موردبررسی به نفع نظام سلامت کشور است ولیکن در عمل با چالش‌ها و مسائلی به‌صورت کلان و نیز به‌صورت ویژه - مرتبط با خود قانون - مواجه است. نتیجه‌گیری حاکی از آن بود که ایجاد بسترهای لازم در ابعاد ساختاری، مدیریتی، تقنینی و نظارتی، تخصیص بودجه کافی، اصلاح نظام تعرفه گذاری و سازوکارهای پرداخت، اجرای تدریجی و گام‌به‌گام در مراحل اولیه، بهبود کیفیت خدمات در بخش دولتی و اعتمادسازی بین پزشکان و مسئولین در اجرای بهتر و اثربخش‌تر این قانون بسیار ضروری است (۷).

هدف از مطالعه براتی و همکاران تعیین نقش عدالت و روند آن در تدوین و اجرای برنامه‌های توسعه در بخش بهداشت و درمان کشور بود. این مطالعه به‌صورت مروری و با بهره‌گیری از پایگاه‌های اطلاعاتی در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی نظیر IranMedex ، Magrian ، سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی و مجلس شورای اسلامی با استفاده از کلیدواژه‌های راهبرد، سلامت و عدالت در فاصله زمانی (۱۳۶۸-۱۳۹۳) انجام شد. در نهایت از بین اسناد به‌دست‌آمده، ۲۶ مورد با توجه به ارتباط با موضوع و تکراری نبودن مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که در برنامه اول توسعه، بر مناطق روستایی و بخش‌های محروم جامعه تأکید شده است. در برنامه دوم و سوم علاوه بر تأکید بر مناطق محروم و روستایی، برافزایش کارایی خدمات و ضرورت به‌کارگیری بهینه تمام منابع، امکانات و تسهیلات پرداخته شده است. نهایتاً در برنامه‌های چهارم و پنجم، عدالت توزیعی در دسترسی، پزشک خانواده و سیستم ارجاع مورد تأکید واقع شده است. در کل، تغییر رویه‌ای که در طی این سال‌ها مشهود است تأکید از مسائل ساختاری به مسائل فرآیندی است. همواره نیازها و انتظارات مردم در حال تغییر است و برآوردن عادلانه آن‌ها مستلزم نگاهی عمیق‌تر به جامعه و بخش‌های مختلف آن، در تدوین و اجرای برنامه‌های توسعه است (۲).

هدف از مطالعه اخوان بهبهانی ارزیابی وضعیت بخش سلامت در محتوای قوانین برنامه‌های توسعه در ایران بعد از پیروزی انقلاب اسلامی بود. در این مطالعه که به روش کیفی انجام شده، با استفاده از روش تطبیقی و تکنیک تحلیل محتوا هر پنج برنامه توسعه مصوب پس از پیروزی انقلاب اسلامی مورد بررسی قرار گرفته است. در هر پنج برنامه توسعه مصوب پس از پیروزی انقلاب اسلامی بخش سلامت به صورت پرننگ دیده شده و احکامی مرتبط با آن وجود دارد. در برنامه اول و دوم احکام در خصوص گسترش شبکه بهداشت و درمان و کنترل جمعیت است. در برنامه سوم احکام رویکرد به واگذاری خدمات دارد. در برنامه چهارم و پنجم احکام ناظر بر کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم و افزایش کارایی هستند. نتیجه‌گیری: نگاهی به مواد مرتبط با سلامت در پنج برنامه توسعه در ایران نشان می‌دهد که رویکرد این برنامه‌ها در ابتدا تنها توسعه فیزیکی مراکز بهداشتی و درمانی با نگاه دولتی بوده است. از آغاز برنامه سوم توسعه نگاه قدری به سمت واگذاری خدمات متمایل شد و از سویی بحث‌های عدالت توزیعی نیز مطرح گردید. در برنامه چهارم و پنجم مفاهیمی چون عدالت در سلامت طرح شد و به نظر می‌رسد رویکردها از گسترش فیزیکی به عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و عدالت مالی در سلامت تغییر یافت؛ اما نگاه کلی به احکام و اهداف برنامه‌های توسعه در این بخش گویای این مطلب است که بسیاری از سیاست‌های کلی برنامه از منظر ظرف زمانی در قالب مواد و احکام برنامه قابلیت پیگیری و اجرا ندارند. از سویی دیگر برخی احکام نیز متولی مشخصی ندارند (۴).

گزارش سال ۱۳۸۸ مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی به آسیب‌شناسی برنامه‌های توسعه پرداخته است. این پژوهش که با مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبه صورت گرفته آسیب‌ها را در چهار گروه ایرادات مربوط به پیش‌نیازهای برنامه‌ریزی، ایرادات مربوط به فرایند برنامه‌ریزی، ایرادات مربوط به محتوای برنامه‌ها و ایرادات مربوط به اجرای برنامه‌ها برشمرده است (۸).

گزارش سال ۱۳۸۹ مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی به ارزیابی کل برنامه‌های پس از انقلاب تا برنامه چهارم پرداخته است. اهداف، حوزه حضور برنامه، اولویت‌های برنامه و شاخص‌های اندازه‌گیری بیانگر فقدان نظام جامع برنامه‌ریزی معرفی شده است. پس از آن وضعیت شاخص‌هایی نظیر رشد، تولید ناخالص داخلی و سرمایه‌گذاری به‌عنوان معیار عدم توفیق نظام برنامه‌ریزی معرفی شده است (۱۱).

پیروزمند با روش میدانی و با دو معیار مقیاس و روش نقد به ارزیابی نقدهای وارد شده بر برنامه‌های اول و دوم توسعه می‌پردازد. نتیجه تحقیق وی این است که ویژگی مشترک همه نقدها عبارت است از: غیر روشمند بودن، جزئی‌نگری و غفلت از مبانی نظری و ارزش‌های حاکم بر برنامه‌ها (۱۲).

تشکیل کمیسیون اقتصادیات در سال ۱۳۰۳ شمسی در مجلس شورای ملی را می‌توان اولین اقدام رسمی در زمینه پیدایش تفکر برنامه‌ریزی و توجه به توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور دانست. این کمیسیون به ریاست سید حسن تقی‌زاده و عضویت ۷ تن از نمایندگان دوره پنجم مجلس برای هماهنگی در اجرای برنامه‌های عمرانی و اقتصادی تشکیل شده بود. بعد از کمیسیون اقتصادی مجلس پنجم، بار دیگر اندیشه برنامه‌ریزی در سال ۱۳۱۰ توسط علی زاهدی مطرح شد. وی در این باره، رساله نسبتاً مفصلی به نام لزوم پروگرام صنعتی تهیه و منتشر کرد. تلاش دامنه‌دار بعدی در سال ۱۳۱۶ توسط ابوالحسن ابتهج‌آغاز شد. وی کار خود را از بانک شاهی سابق شروع کرد و فاقد تحصیلات دانشگاهی داخل و خارج کشور بود؛ اما چون به مقوله توسعه اقتصادی علاقه پیدا کرده بود، به مطالعه کتاب‌های اقتصادی پرداخت و خود را با مفاهیم توسعه و برنامه‌ریزی آشنا کرد. ابتهج‌آغاز پس از آشنایی با تفکر برنامه‌ریزی، برای جا انداختن آن در جامعه سامان نیافته ایران به ترویج این اندیشه پرداخت؛ و این فکر را تحت عنوان نقشه به کار می‌برد که ما باید «نقشه» داشته باشیم، یعنی هدفمند و با برنامه باشیم.

منظور اصلی وی این بود که هدف‌ها و نیازهای جامعه، شناسایی، بودجه مورد نیاز کارها برآورد، اعتبارات در دسترس معلوم و با برقراری تناسب بین بودجه و اعتبارات، فعالیت‌های اجرایی سامان‌دهی شود، به طوری که اعتبارات به بهترین شیوه به مصرف برسد و جامعه به خوبی از نتایج آن بهره‌مند شود.

سرانجام تلاش‌ها و رایزنی‌های ابتهج‌آغاز با قوام (نخست‌وزیر وقت) منجر به تشکیل جلسه شورای عالی اقتصادی که مدت‌ها فعالیت نداشت، شد. این جلسه در دهم فروردین ۱۳۲۵ تشکیل شد و قوام در سخنانی ضمن تشریح نابسامانی‌ها و شوربختی کشور و پس از اعلام سیاست‌های اقتصادی دولت خود، بر لزوم ادامه فعالیت شورای عالی اقتصادی و طرح یک نقشه اقتصادی تأکید کرد. او روز پس از سخنرانی قوام، وزارت دارایی پیشنهادی برای تهیه و تنظیم برنامه‌های توسعه به هیئت دولت تسلیم کرد. این پیشنهاد منجر به صدور تصویب‌نامه‌ای برای انتخاب اعضای هیئت عالی تهیه نقشه اصلاحی و عمرانی چندساله کشور به ریاست وزیر دارایی شد. در همان اولین جلسه هیئت عالی برنامه مورخ ۵ شهریور ۱۳۲۵، در حضور نخست‌وزیر، به کلیات اولین برنامه هفت‌ساله پیشنهادی و سایر پیشنهادها هیئت تهیه برنامه اصلاحی و عمرانی رسیدگی شد. هیئت تهیه برنامه اصلاحی و عمرانی پس از رسیدگی به اطلاعات رسیده، طرحی شامل دو قسمت اقتصادی و اجتماعی تنظیم کرد. از آنجاکه دولت برای اجرای برنامه‌های مورد نظر در مدت پیش‌بینی شده توان مالی کافی نداشت، از بانک جهانی درخواست ۲۵۰ میلیون دلار وام کرد. بانک جهانی برای تصویب وام پرسش‌هایی را مطرح کرد و دولت تصمیم گرفت پیش از ارسال هرگونه پاسخ، طرح‌های تهیه شده را با نظر کارشناسان خبره و باتجربه مرور کند تا پس از اصلاح و ویرایش طرح‌ها، پاسخ سنجیده و آگاهانه برای بانک جهانی تهیه و ارسال کند. در پی این تصمیم و پس از بررسی ۳ مؤسسه مهندسی آمریکایی، در تاریخ ۲۶ آذر ۱۳۲۵ (۱۷ دسامبر ۱۹۴۶) قراردادی با شرکت «موريسن نودسن» آمریکایی منعقد کرد.

در پی امضای قرارداد، شرکت موريسون نودسن هیئتی حدود ۱۰ نفر کارشناس در رشته‌های مختلف را در تاریخ ۷ دی‌ماه ۱۳۲۵ به ایران گسیل داشت. هیئت بدون اتلاف وقت کار خود را آغاز و پس از ۴ ماه مطالعات شتاب‌زده، در مرداد ۱۳۲۶، گزارش خود درباره برنامه توسعه و عمران ایران را تسلیم دولت ایران کرد. اگرچه مطالعه شتاب‌زده و در کوتاه‌مدت صورت گرفت، ولی به سبب خلأ هرگونه توسعه در ایران، هر آنچه آن‌ها عجولانه پیشنهاد کردند لازم و مفید از کار درآمد.

از سال ۱۳۱۶ که اندیشه برنامه‌ریزی شکل گرفت تا روزی که سازمان برنامه به‌طور قانونی رسمیت پیدا کرد و برنامه ۷ ساله اول آغاز شد، ۱۲ سال طول کشید و ۱۷ کابینه به علت نابسامانی‌های سیاسی و اقتصادی عوض شد؛ زیرا زمان زیادی لازم بود تا دولت‌مردان و دیوان‌سالاران ایرانی به درکی از توسعه رسیده و با اهمیت برنامه‌ریزی آشنایی ابتدایی پیدا کنند. حجم برنامه ۷ ساله اول (۱۳۳۴ - ۱۳۲۷) که ابتدا در حدود ۶۲ میلیارد ریال پیش‌بینی شده بود، با توجه به نبود توانایی مالی و نبود نیروی انسانی به ۲۱ میلیارد ریال تقلیل یافت و اجرای اولین برنامه توسعه در شهریور ۱۳۳۴ متوقف شد.

قانون برنامه ۷ ساله دوم عمرانی کشور (۱۳۴۱ - ۱۳۳۴) در جلسه سه‌شنبه هشتم اسفند ۱۳۳۴ به تصویب مجلس رسید. برنامه دوم مجموعه‌ای از طرح‌ها و اقدام‌هایی بود که انتخاب آن‌ها چندان بر پایه مبانی متعارف توجیه فنی، اقتصادی و اجتماعی قرار نداشت. این برنامه بعد از کودتای ۲۸ مرداد ۱۳۳۲ و صدور نفت و در چهار بخش عمده کشاورزی، ارتباطات و مخابرات، صنایع و معادن و خدمات اجتماعی و شهری تنظیم و به مورد اجرا گذاشته شد. در چارچوب هدف‌های قانون برنامه ۷ ساله دوم و با کوشش‌هایی که به عمل آمد، دولت به نتایج نسبتاً رضایت‌بخشی رسید، نتایجی مانند احداث سد‌های بزرگ مخزنی کرج، سفیدرود و دز، ۲۲۵۰۰ هکتار شبکه آبیاری آزمایشی دز، طرح نیشکر هفت‌تپه، مطالعات طرح جامع خوزستان شامل احداث ۱۳ سد روی رودخانه‌های خوزستان، تکمیل سد‌های گلپایگان، بمپور و کرخه، تکمیل نزدیک به ۹۰۰ کیلومتر راه آهن میانه - تبریز و شاهرود - مشهد، اتمام نزدیک به ۲۷۰۰ کیلومتر راه آسفالتی و احداث فرودگاه‌های شیراز، آبادان و اصفهان، احداث کارخانه‌های بزرگ نساجی و بافندگی، ایجاد کارخانه‌های قند چغندری و کارخانه‌های سیمان و سایر اقدام‌ها در جهت توسعه اقتصادی. سازمان برنامه پس از طی یک دهه فراز و نشیب برنامه‌ریزی، در فرایند اجرای برنامه ۷ ساله دوم بود که توانست به‌صورت یک سازمان اداری مترقی، مقتدر و پیشرو در نظام اداری ایران جای خود را باز کند؛ و زمینه مساعدی را در زیربنای اقتصادی دوام و قوام بخشد.

اهداف عمده برنامه سوم (۱۳۴۶-۱۳۴۱) با اهداف برنامه هفت‌ساله دوم یکسان نبود. در پی تجارب حاصله از برنامه‌های اول و دوم، تشخیص نیازها و تعیین اهداف برنامه سوم با جامعیت و منطق بیشتری صورت گرفت و بر بخش کشاورزی، مسائل اجتماعی و صنایع کوچک تأکید شد. تدوین برنامه سوم، از سوی گروه کارشناسی سازمان برنامه با همکاری مشاوران هاروارد به‌عنوان یک برنامه جامع و متوازن اقتصادی و با نیت جلب مشارکت عمومی و مردمی بودن آن باهدف در هم شکستن ساختارهای اقتصاد سنتی و به وجود آوردن بستر مناسب رشد بخش خصوصی، جایگزینی واردات و صنعتی شدن کشور، تدوین شد. رشد درآمد ملی به میزان متوسط ۶ درصد، ایجاد اشتغال و توزیع عادلانه درآمد و فراهم کردن زمینه رشد خلاقیت‌ها از جمله اهداف برنامه سوم بودند. اصلاحات

ارضی، حق شرکت زنان در انتخابات، سهمیم کردن کارگران در سود کارخانه‌ها، تشکیل دفاتر فنی سازمان برنامه در مراکز استان‌ها و فرمانداری‌های کل، ادامه عمران منطقه‌ای در دشت قزوین و منطقه کهگیلویه از دیگر اقدام‌هایی بودند که خارج از برنامه سوم ولی هم‌زمان اجرا شدند. در پایان برنامه ساختارهای اقتصادی توسعه یافت و عملکرد برخی از بخش‌ها از اهداف مصوب هم بالاتر رفت. در برنامه سوم تحولات برنامه‌ریزی و پیشرفت‌های اساسی درون‌سازمانی و تغییر چهره کلی سازمان برنامه در پایان برنامه سوم، تحسین برانگیز بود. برنامه چهارم عمرانی (۱۳۵۱-۱۳۴۷)، پوشش بخشی وسیع‌تر از برنامه سوم بود. برنامه چهارم موفق‌ترین برنامه‌های توسعه تلقی شده است. نرخ رشد بخش‌های مهم اقتصادی کشور نسبتاً هماهنگ بودند. نرخ رشد در بخش کشاورزی به ۵٫۴ درصد، بخش صنعت و معدن به ۱۴٫۷ درصد، بخش خدمات به ۱۳٫۱ درصد، نفت به ۱۴٫۵ درصد و هزینه‌های مصرفی به ۱۱ درصد رسید. چنانچه اقتصاد ایران با همین روند پیش می‌رفت، آینده روشنی برای آن پیش‌بینی می‌شد. در این برنامه به دنبال ادامه سرمایه‌گذاری‌های سریع بخش دولتی و خصوصی، رشد اقتصادی سالانه کشور تا حدود ۱۰ درصد افزایش یافت. ترقی سطح قیمت‌ها، به‌جز در سال ۱۳۴۸ که به حدود ۳٫۵ درصد رسید، از حدود ۲ درصد تجاوز نکرد. توجه دولت در دوره برنامه چهارم، بیشتر معطوف به سرمایه‌گذاری در صنایع سرمایه‌بر مانند ذوب‌آهن، ذوب آلومینیوم و ماشین‌سازی بود. مجتمع ذوب‌آهن و صنایع پتروشیمی که مقدمات آن در دوره برنامه سوم فراهم شده بود، در برنامه چهارم به مرحله بهره‌برداری رسیدند. این برنامه موجبات تأسیس ۲۵۰ هزار واحد صنعتی که ۲۴ درصد آن را تأسیسات بزرگ صنعتی تشکیل می‌داد، فراهم کرد. برنامه پنجم عمرانی (۱۳۵۶ - ۱۳۵۲)، مصوب ۲۲ بهمن سال ۱۳۵۱ با افقی امیدوارکننده برای رشد اجتماعی و توزیع عادلانه‌تر ثروت و سهم بیشتر در بازرگانی بین‌المللی، تهیه شد. تشکیل دفاتر مستقل برنامه‌ریزی سازمان برنامه در مراکز استان‌ها و ترویج شیوه غیرمتمرکز برنامه‌ریزی، تدوین شناسه جغرافیایی - منابع طبیعی - جمعیت - استعدادها و نیازهای استان‌ها از تحولات مهم برنامه پنجم بوده است.

در این سال‌ها افزایش ناگهانی قیمت نفت در بازارهای جهانی و سرازیر شدن دلارهای نفتی، سبب بروز تضاد بین اندیشه‌های کارشناسی و طرح‌های فرمایشی و سیاسی شد. اختلافات به حدی بالا گرفت که سازمان برنامه ترمز خوانده شد. تجدیدنظر فرمایشی برنامه پنجم، افزایش حجم مالی برنامه به چند برابر مجموع حجم مالی چهار برنامه پیشین، سبب خفگی اقتصاد نوپا و نتایج ناخواسته آن شد. زمانی کوتاه پس از تصویب برنامه، دگرگونی‌هایی در اقتصاد جهانی پدید آمد. قیمت نفت در بازار جهانی بالا رفت و درآمدهای ایران افزایش چشم‌گیری یافت. بدون انجام مطالعات کافی، دستور تجدیدنظر در برنامه کارشناسی شده و آماده پنجم داده شد. شوک چند برابر شدن درآمدهای نفتی، مانع اجرای برنامه سنجیده‌ای شد که در پی برنامه موفق چهارم تنظیم شده بود. در واقع برنامه پنجم با ۲ سناریوی کاملاً متفاوت در برابر دولت قرار گرفت، یک سناریو برای خرج نکردن درآمدهای مازاد نفت و ذخیره کردن آن برای سرمایه‌گذاری عاقلانه و سناریوی دیگر خرج‌تراشی برای همه درآمدها علی‌رغم نبود ظرفیت‌های اقتصادی و انسانی بود؛ که سناریوی دوم به کار گرفته شد و کشور در ژرفای تنگنا فرو رفت.

محدودیت‌های اساسی کشور، نبود زیرساخت‌های مناسب مانند راه، راه‌آهن، بنادر و انبارها؛ کمبود مصالح ساختمانی مثل آهن و سیمان؛ کمبود ماشین‌آلات و تجهیزات صنعتی و ساختمانی و ضعف سیستم حمل‌ونقل سراسری را شامل

می‌شد. از این محدودیت‌ها مهم‌تر، کمبود بسیار شدید سرمایه انسانی برای طراحی، اجرا و دست‌آخر بهره‌برداری بود. دشواری‌های عنوان‌شده در برنامه به این معنی نیست که اجرای برنامه پنجم از ابتدا با شکست روبه‌رو شد، بلکه در ۳ سال اول برنامه (سال‌های ۱۳۵۲، ۱۳۵۳ و ۱۳۵۴) طبق حساب‌های وقت، رشد تولید ناخالص داخلی بدون نفت به قیمت‌های ثابت به ترتیب به ۱۶٫۷، ۱۶٫۷ و ۱۸٫۸ درصد رسید؛ که هرچند با رشد پیش‌بینی‌شده در برنامه یعنی ۲۵٫۹ فاصله داشت، اما رشد کمی هم نبود. در بررسی‌های پس از انقلاب، متوسط رشد تولید ناخالص داخلی ۵ سال برنامه پنجم بدون نفت ۱۵ درصد و با نفت ۸٫۳ درصد برآورده شده است. از ویژگی‌های مثبت برنامه پنجم در مورد اعتبارات آن، ایجاد تناظر تقریباً کامل میان تقسیم‌بندی‌های بودجه سالانه و تقسیمات برنامه بوده است؛ اما ناکامی برنامه پنجم بعد از تجدیدنظر، سبب نشد که برنامه‌ریزان از وجدان کارشناسی چشم‌پوشی کنند. آن‌ها با کسب تجارب گزنده از برنامه تجدیدنظر شده و سفارشی پنجم، با نیت جبران اشتباه‌ها، به استقبال تدوین برنامه ششم رفتند. آنان برنامه ششم (۱۳۶۱-۱۳۵۷) را با لحاظ کردن برنامه آمایش سرزمین تهیه کردند که با وقوع انقلاب ۱۳۵۷ و التهاب بعد از انقلاب نادیده گرفته شد. برنامه ششم، با اوج گرفتن پیروزی انقلاب ۱۳۵۷ متوقف شد و به اجرا در نیامد. ولی چون تجارب برنامه‌های اول تا پنجم پشتوانه آن بود، کامل‌ترین برنامه توسعه شناخته‌شده است که فرصت اجرا پیدا نکرد. از سوی دیگر، اگرچه برنامه‌ها از نظر کارشناسی و علمی به تدریج پخته‌تر و کارآمدتر تهیه می‌شد، اما بدنه اجرایی و مدیریتی کشور به‌طور متناسب، ظرفیت پذیرش تحولات و تغییرات را پیدا نکرد و کشور نتوانست در طول ۳۰ سال (۱۳۵۷-۱۳۲۷) صاحب فرهنگ سازمانی منضبط، قانون‌مند، پاسخ‌گو و زیرساخت‌های اساسی شود (۱۳).

کتاب تدوین طرح یک ارزیابی مؤثر به توصیف اجزاء ارزیابی با استفاده از چارچوب CDC برای ارزیابی در حوزه بهداشت عمومی و فرایند برنامه‌ریزی سازمان‌یافته می‌پردازد. عناصر یک طرح ارزشیابی شامل صفحه عنوان، استفاده‌کنندگان، توضیحات برنامه، تمرکز ارزیابی، شناسایی شاخص‌های ارزیابی و اندازه‌گیری عملکرد، منابع داده‌ها و روش‌ها، تجزیه و تحلیل و تفسیر، استفاده، انتشار و به اشتراک‌گذاری می‌باشند. مراحل کلیدی در تدوین طرح ارزشیابی با استفاده از چارچوب CDC شامل تعامل با ذینفعان، تشریح برنامه، جمع‌آوری شواهد و مدارک معتبر، نتیجه‌گیری و اطمینان از استفاده و به اشتراک‌گذاری درس‌های آموخته‌شده. استانداردهای ارزیابی در چهار ویژگی مهم گروه‌بندی می‌شوند: ابزار، امکان‌سنجی، نزاکت و دقت (۱۴).

هدف از مقاله Reynolds و همکاران توصیف فرایندی است که برای تدوین یک برنامه ارزیابی ملی در غنا انجام شد. این یک فرایند مشارکتی بود که شامل جلسات بین کمیسیون ایدز غنا (GAC)، سایر شرکا که در غنا برای پیشگیری از اچ آی وی در بین جمعیت‌های کلیدی فعالیت می‌کنند و نیز ابزار ارزشیابی بود. این فرایند شامل سه تا دو روز بود. نتایج حاکی از تدوین یک برنامه ارزیابی بود که به اطلاع ذینفعان رسانده شود که تأمین مالی جهت جمع‌آوری داده‌ها، انجام مطالعه، زمان جمع‌آوری داده‌ها، سؤال پژوهش که به پاسخ کمک خواهد کرد و روش‌های تجزیه و تحلیل در اولویت قرار گیرد. طرح روش‌های مختلفی از جمله توصیه برای طراحی مطالعه با استفاده از منابع متعدد اطلاعاتی را مورد مطالعه قرار می‌دهد. این یک مدل مفهومی ارزیابی شامل تجزیه و تحلیل، تعریف متغیرهای مستقل، هزینه‌های برآورد شده برای پر کردن شکاف داده‌ها، نقش‌ها و مسئولیت‌های ذینفعان برای انجام طرح،

ملاحظات اخلاقی و اشتراک‌گذاری داده‌ها می‌باشد. تجربه نشان می‌دهد که ممکن است یک ارزیابی جهت پاسخ به استراتژی‌های ملی، بدون در نظر گرفتن تجربیات ذینفعان نسبت به ارزیابی طراحی گردد. این فرایند ممکن است در جاهای دیگر تکرار شود که در آن ذینفعان می‌خواهند برنامه‌ریزی کنند و یک ارزیابی از برنامه در مقیاس بزرگ در سطح ملی یا محلی پیاده‌سازی نمایند که نسبت به اولویت‌های ملی و بخشی از یک نظارت جامع و سیستم ارزیابی پاسخگو باشند (۱۵).

نتیجه‌گیری

بررسی مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که مطالعات پیشین نتایج شفافی را در مورد میزان درصد پیشرفت و دلایل عدم پیشرفت مواد قانونی برنامه‌های توسعه کشور ارائه نمی‌نماید و نتایج منتشرشده به ابعاد مختلف ارزشیابی که سیاست‌گذاران و عوامل اجرایی بتوانند از آن استفاده نمایند، نمی‌پردازد لذا اجرای این مطالعه ضروری به نظر می‌رسد. به‌طور ویژه مطالعات گزارش‌های مجلس و مطالعه پیروزمند از نظر متدولوژی ناقص بوده و لازم است نتایج با جزئیات بیشتر و کاربردی‌تر گزارش گردد.

فصل سوم – روش پژوهش

این طرح بر اساس الگوی ارزشیابی مشارکتی (Participatory Evaluation) برنامه‌ها و سیاست‌ها انجام شد و از نظر روش‌شناسی پژوهشی یک مطالعه چند روشی (Multi-Method Study) بود. مطالعه در دو قسمت بررسی اسناد و مستندات، مطالعات و دیدگاه صاحب‌نظران انجام شد.

۱- بررسی اسناد و مستندات

۱-۱- جامعه پژوهش

جامعه پژوهش سازمان‌های درگیر در اجرای برنامه پنجم توسعه و پایگاه‌های اینترنتی داخل کشور بود.

۱-۲- روش نمونه‌گیری

نمونه‌های موردنظر به صورت سرشماری انتخاب شدند.

۱-۳- جمع‌آوری مستندات

گردآوری اسناد و مستندات به صورت هدفمند و بر اساس معیارهای جستجو استفاده گردید. این معیارها بر اساس مرور متون، مشورت با خبرگان علمی و اجرایی و نظر تیم پژوهش حاصل گردید بطوریکه دستاوردهای مواد قانونی برنامه پنجم را نشان دهد.

۱-۳-۱- مراجعات حضوری

مراجعه به وزارت بهداشت و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، سازمان برنامه‌بودجه، سازمان بیمه سلامت و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی انجام شد.

۱-۳-۲- جستجوی غیرحضوری

در روش جستجوی منابع و مستندات به صورت غیرحضوری، وبسایت‌ها و پایگاه‌های داده‌ای داخلی کشور با کمک کلیدواژه‌هایی مبتنی بر معیارهای فوق جستجو شد. مستندات اصلی استفاده شده در مطالعه آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و گایدلاین‌های علمی، قوانین، اسناد بالادستی، روزنامه‌ها، گزارش‌ها، مجلات علمی، صورت‌جلسات، مصاحبه‌های منتشر شده و اخبار درج شده در پایگاه‌های اینترنتی داخلی کشور بود.

۱-۴- تحلیل اسناد و مستندات

ملاحظات چهارگانه جاپ (Jupp) یعنی سندیت (اصلی و درست بودن)، اعتبار (دقت)، نمایندگی (نماینده کل اسناد طبقه خود بودن) و معنی (چه چیزی می‌گوید) مورد تأکید قرار گرفت. در مورد «سندیت» به این گونه تفسیر شد که مطلب بتواند تصویری قابل درک از دیدگاه ارائه‌کننده مطلب فراهم کند و به این معنی نبود که هر آنچه نویسنده یا گوینده ادعا یا بیان کرده است صحیح می‌باشد بلکه مطلب می‌تواند در حد قابل قبولی بیانگر دیدگاه‌های ارائه‌کننده باشد.

۲- دیدگاه صاحب‌نظران

- ۱- محیط پژوهش: محیط انجام پژوهش، سطح ملی و جامعه پژوهش‌ذینفعان کلیدی شامل دودسته اجرایی و خبرگان بود. افراد صاحب‌نظر در این زمینه با استفاده از مستندات، چارت سازمانی سازمان‌های درگیر در تدوین و اجرای برنامه‌های پنجم توسعه انتخاب شدند که حداقل شامل وزارت بهداشت و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، سازمان برنامه‌وبودجه، سازمان بیمه سلامت و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بودند.
- ۲- شرکت‌کنندگان در مطالعه: از آنجایی که در این پژوهش به دنبال درک و فهم عمیق دیدگاه‌ها و تجارب مسئولان و کارشناسان بودیم بنابراین افرادی انتخاب شدند که مطلع از سؤال پژوهش (تحلیل ذینفعان، عوامل مؤثر و علل موفقیت و یا پیشرفت کم مواد قانونی) بوده و بتوانند اطلاعات کامل‌تری در اختیار پژوهشگران بگذارند، این افراد از طریق تحلیل ذینفعان با مدل اثر - (Effect) تعهد (Comitment) تعیین شدند.
- ۳- نمونه‌گیری: در این مطالعه از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و عمدی (intentional) که یکی از انواع نمونه‌گیری غیر احتمالی است استفاده شد. در روش یادشده پژوهشگر با در نظر گرفتن گروه‌های خاص، نمونه‌گیری را به قصد دستیابی به دیدگاه‌های آن‌ها انجام می‌دهد و با بهره‌جستن از روش نمونه‌گیری فرد ماهر (افراد) که در زمینه خاص دارای تجربه یا مهارت قابل‌توجهی هستند (نمونه‌گیری انجام می‌شود).
- ۴- حجم نمونه: حجم نمونه معمولاً زمانی مورداستفاده قرار می‌گیرد که محقق بخواهد نتایج نمونه را به جامعه تعمیم دهد و در مطالعات کیفی به مفهوم معمول وجود ندارد، بنابراین نمونه‌گیری به سبک مطالعات کیفی تا رسیدن به حد اشباع و تکرار یافته‌ها ادامه یافت.
- ۵- روش گردآوری داده‌ها: در این پژوهش از بحث گروهی متمرکز (Focus Group Discussion) و مصاحبه جهت گردآوری داده‌ها استفاده گردید. بر اساس اطلاعات حاصل از بررسی اسناد و مدارک موجود و مصاحبه‌های اولیه، راهنمای مصاحبه طراحی شد. بدین ترتیب ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش راهنمای مصاحبه کیفی در قالب پرسشنامه نیمه ساختاریافته بود. با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان و اطمینان دادن به آنان جهت محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها، مصاحبه‌ها ضبط گردید. در حین ضبط مکالمات از یادداشت‌برداری نیز استفاده شد. به علت فاصله متفاوت افراد از ضبط و وجود صداهای مختلف، پیاده کردن نوارها دشوار است، برای حل این مشکل از Recorder Voice به صورت رومیزی استفاده گردید. پیش از شروع بحث‌های گروهی و مصاحبه‌ها مباحث تئوریک برای شرکت‌کنندگان در مطالعه مطرح و هدف از مطالعه برای آنان به‌طور کامل توضیح داده شد. سعی شد تا همه افراد جلسه نظرات خود را در قالب سوالات نیمه ساختاریافته بیان نمایند. در حین بحث گروهی و مصاحبه نیز به مواردی همچون کنترل زمان برای هرکدام از سوالات و ریتم بحث، دقت به ارتباطات غیرشفاهی و نیز بیان خلاصه‌ای از موارد ذکرشده در جلسه، برای کمک به تحلیل اطلاعات موردتوجه قرار گرفت. پس از برگزاری بحث‌های گروهی و مصاحبه‌ها به پیاده‌سازی صدای ضبط‌شده پرداخته شد. نوشتن متن نوارها در نزدیک‌ترین فاصله زمانی ممکن انجام پذیرفت.
- ۶- مراحل اجرا: طرح در دو مرحله انجام می‌گیرد:

- در مرحله اول تحلیل ذینفعان، توصیف برنامه (منظور از ماده قانونی و تعیین شاخص‌های ماده قانونی)، تعیین واحد متولی و کارشناس مرتبط و انجام مکاتبات و دریافت مجوزهای جمع‌آوری اطلاعات انجام شد
- در مرحله دوم داده‌های کمی برای تعیین شاخص‌های ارزشیابی و درصد پیشرفت برنامه جمع‌آوری و تحلیل گردید. جهت دستیابی به داده‌های کمی ثانویه از داده‌های رسمی سازمان‌های متولی مذکور و مستندات قابل ارزشیابی استفاده شد.
- جهت تعیین میزان کمی موفقیت برنامه، مستندات قابل ارزشیابی در سه مرحله بررسی شد:
- مرحله اول: مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا (سیاست‌نامه، برنامه، پروژه، گایدلاین و استانداردها و ...) و ابلاغیه‌های مربوطه
- مرحله دوم: توانمندسازی و بسترسازی محیطی برای اجرای قانون با استفاده از موارد دسته اول
- مرحله سوم: مستنداتی که عملیات محیطی و نتایج آن را نشان می‌دهد

شیوه نمره دهی

شیوه نمره دهی بر اساس نظرات دو جلسه گروه کارشناسی و نظرخواهی از خبرگان در دسترس از وزارت بهداشت و مجلس شورای اسلامی با ۴ رویکرد انجام شد:

- وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی
 - وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی
 - وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین
 - وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین
- در صورتی که وزن مراحل سه‌گانه فوق یکسان باشد، درصد نمره مرحله اول $\frac{33}{33}\%$ ، درصد نمره مرحله دوم $\frac{33}{33}\%$ و درصد نمره مرحله سوم $\frac{33}{33}\%$ در نظر گرفته شد.
- در صورتی که وزن مراحل سه‌گانه فوق یکسان نباشد، وزن مرحله اول 20% ، وزن مرحله دوم 30% و وزن مرحله سوم 50% در نظر گرفته شد

جهت وزن دهی به مواد قانونی، وزن ۲۵ ماده قانونی مورد ارزشیابی، بین ۰-۱۰ وزن دهی شد که این وزن دهی به تفکیک هر ماده قانونی در جدول ۱ ارائه گردیده است.

خروجی در بخش انتهایی خود به تأیید کمیته راهبری طرح به‌عنوان شورای قضاوت کننده رسید. کمیته راهبردی فنی شامل اعضای تیم پروژه، خبرگان و ذینفعان ویژه که صلاحیت علمی و اجرایی بالاتری داشتند، بود. تحلیل داده‌های حاصل از بحث گروهی در کمیته راهبردی به‌صورت تحلیل محتوای کیفی و بر اساس میزان دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده بود. در این کمیته نماینده قانون‌گذار و نماینده مجری قانون حضور داشتند.

۷- تحلیل داده‌ها

با استفاده از روش تحلیل محتوا داده‌های حاصل از مستندات، مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی متمرکز تحلیل گردید بطوریکه ابتدا واحدهای معنایی مشخص شد، سپس با استفاده از کدهای آشکار و پنهان خوشه‌ها تشکیل شد و بر

اساس مشابهت‌ها در طبقه‌ها قرار گرفت و درنهایت در صورت برخورداری یافته‌ها از درجه انتزاع بالا، تم‌ها استخراج گردید و بر اساس انطباق با اهداف مطالعه و معیارهای موردنظر طبقه‌بندی گردید.

جدول ۱- وزن مواد قانونی برنامه پنجم توسعه کشور

شماره	ماده قانونی	وزن هر ماده قانونی
۱	بند الف ماده ۳۲	۰,۰۲۴
۲	بند ب ماده ۳۲	۰,۰۲۵
۳	بند ج ماده ۳۲	۰,۰۳۴
۴	بند د ماده ۳۲	۰,۰۲۷
۵	بند الف ماده ۳۴	۰,۰۱۶
۶	بند ب ماده ۳۴	۰,۰۲۸
۷	بند ج ماده ۳۴	۰,۰۰۸
۸	بند د ماده ۳۴	۰,۰۲۳
۹	بند ه ماده ۳۴	۰,۰۲۲
۱۰	بند و ماده ۳۴	۰,۰۳۲
۱۱	بند الف ماده ۳۵	۰,۰۳
۱۲	بند ب ماده ۳۵	۰,۰۲۵
۱۳	بند الف ماده ۳۶	۰,۰۲۴
۱۴	بند ب ماده ۳۶	۰,۰۲۸
۱۵	بند الف ماده ۳۷	۰,۰۲۶
۱۶	بند ب ماده ۳۷	۰,۰۲۸
۱۷	بند ج ماده ۳۷	۰,۰۳۲
۱۸	بند الف ماده ۳۸	۰,۰۳۱
۱۹	بند ب ماده ۳۸	۰,۰۲۷
۲۰	بند ج ماده ۳۸	۰,۰۳
۲۱	بند د ماده ۳۸	۰,۰۲۵
۲۲	بند ح ماده ۳۸	۰,۰۲۶
۲۳	بند ز ماده ۳۸	۰,۰۳۲
۲۴	بند و ماده ۳۸	۰,۰۳۳
۲۵	بند ه ماده ۳۸	۰,۰۲۵
	میانگین	جمع یک

فصل چهارم - یافته‌های پژوهش

بند الف ماده ۳۲

عنوان ماده قانونی

فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی که برابر بند (الف) ماده (۸۴) قانون برنامه چهارم توسعه با ادغام شورای غذا و تغذیه و شورای عالی سلامت تشکیل شده است در مدت اجرای برنامه پنجم ادامه می‌یابد. تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه می‌شود و پس از تأیید معاونت به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

وزارت بهداشت، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی وقت
ضرورت: فراهم نمودن شرایط دسترسی و برخورداری از آحاد جامعه از سبد غذایی سالم و مطلوب و بهبود کیفیت و شیوه زندگی آحاد مردم نسبت به تصویب سیاست‌های اجرایی بین بخشی سلامت

کاربر نهایی ماده قانونی

- ۱- مدیران اجرایی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور
- ۲- سازمان برنامه‌بودجه کشور و استان‌ها

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

- ۱- تهیه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ۲- تأیید تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و ارائه آن به هیئت‌وزیران برای تصویب
- ۳- تصویب تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ۴- ادامه فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

دستاوردهای ماده قانونی

شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور در زیرمجموعه خود شامل دبیرخانه شورا، کمیسیون دائمی، کارگروه‌های تخصصی و کمیته‌های فنی است. این شورا از طریق دبیرخانه با دبیرخانه کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان واقع در دانشگاه‌های علوم پزشکی در ارتباط است. به‌طورکلی این مجموعه وظیفه دارد تا سیاست‌های فرا بخشی سلامت را در مواجهه با چالش‌های سلامت عمومی تدوین و تصویب نموده و بر حسن اجرای آن نظارت نماید. در این راستا در سال ۱۳۹۴، پس از تعیین اولویت‌ها در ابتدای سال به ترتیب موضوعات در کارگروه‌ها طرح و راهکارهای اجرایی با همکاری پژوهشگران و استناد به شواهد در قالب سیاست اجرایی تدوین گردید. برخی از این راهکارها از سوی دستگاه متولی پذیرفته شد و به اجرا درآمد. در سایر موارد مصوبات جهت طرح در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی آماده گردید. پایش مصوبات سیزدهمین جلسه شورا (مورخ ۹۳/۲/۷) از دیگر اقدامات دبیرخانه شورا بود که گزارش آن در فواصل زمانی برای دبیر محترم شورا (وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش عالی) ارسال شده است.

از دیگر فعالیت‌های دبیرخانه، ساماندهی کارگروه‌های سلامت و امنیت غذایی در استان‌ها بود. بر این اساس دبیرخانه‌های استانی ملزم شدند ضمن شرکت در دوره‌های آموزشی از نظر نیروی انسانی و نیز فضای فیزیکی وضعیت خود را ارتقا دهند.

با تشکیل ستاد کنترل و پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر (NCD) و نیز ستاد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH) و لزوم ارتباط دبیرخانه شورا به‌عنوان محور همکاری بین بخشی سلامت با این دو ستاد، بخشی از اولویت‌های کارگروه تخصصی کاهش تهدیدکننده‌های سلامت در این دو ستاد مطرح و پیگیری شد.

۱- اقدامات دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در سال ۱۳۹۴ در سطح ملی

- استقرار نظام سیاست‌گذاری
- دستور گذاری و تدوین سیاست‌های اجرایی
- تصویب سیاست‌های اجرایی
- اجرای مصوبات (سیاست‌های اجرایی)
- ✓ با توجه به ماهیت کار دبیرخانه که بیشتر جنبه حمایتی و پشتیبانی از تصمیم‌سازی و اجرای مصوبات را دارد، برای تسهیل اجرا و تضمین اثربخشی آن‌ها در این زمینه نسبت به ملزم نمودن دستگاه‌ها و سازمان‌های متولی اجرای مصوبات مبنی بر تهیه برنامه عملیاتی اقدام شده است. یک نمونه از اقدامات دبیرخانه در این زمینه مربوط به برنامه عملیاتی جهاد کشاورزی است که در راستای اجرای مصوبات شورا در راستای کاهش آلاینده‌ها و باقی‌مانده آفت‌کش‌ها تدوین شده بود. در راستای همین برنامه مکاتبات متعددی جهت تأمین مالی با سازمان مدیریت و دفتر ریاست جمهوری انجام شد.
- پایش و ارزشیابی مصوبات (سیاست‌های اجرایی)
- ✓ تدوین شناسنامه پایش مصوبات به ازای هر یک از مصوبات سیزدهمین جلسه شورای عالی که در تاریخ ۱۳۹۳/۰۲/۰۷ با حضور رئیس‌جمهور محترم تشکیل شد.
- ✓ تدوین مجموعه‌ای از شاخص‌ها برای پایش مصوبات سیزدهمین جلسه شورای عالی با مشارکت دستگاه‌ها و سازمان‌های ذینفع؛
- ✓ دریافت گزارش عملکرد دوره‌ای و بعضاً اختصاص برخی جلسات کارگروه‌های تخصصی به ارائه گزارش میزان پیشرفت اجرای مصوبات توسط دستگاه/ سازمان متولی در خصوص هر یک از مصوبات جلسه سیزدهم شورای عالی (مانند موضوع آلاینده‌ها و باقی‌مانده آفت‌کش‌ها و شیر مدارس)،
- ✓ تهیه گزارش‌های پایش اجرای مصوبات سیزدهمین جلسه شورای عالی جهت مقاوم وزارت بهداشت؛
- ✓ تهیه و تدوین مستنداتی با عنوان «خلاصه پیشرفت» به ازای هر یک از مصوبات سیزدهمین جلسه شورای عالی باهدف آگاهی بخشی عمومی در زمینه میزان پیشرفت اجرای مصوبات و میزان تحقق اهداف تعیین شده بر اساس شاخص‌های پایش؛

- ✓ تهیه جوابیه‌های متعدد در قالب گزارش عملکرد، در پاسخ به درخواست سازمان بازرسی کل کشور مبنی بر گزارش نظرات کارشناسی و عملکرد شورا در رابطه با هر یک از راهکارهای ۱۷ گانه پیشنهادی سازمان برای بهبود وضعیت امنیت غذایی کشور؛
- ✓ بررسی ۱۵ تفاهم‌نامه‌های مشترک منعقدشده بین وزارت بهداشت و اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی.

۲- اقدامات دبیرخانه شورا در سطح استانی

از جمله اقدامات مهم صورت گرفته در دبیرخانه شورای عالی که با مشارکت موسسه ملی تحقیقات سلامت در سطح استانی در راستای استقرار نظام‌نامه مدیریت استانی سلامت همه‌جانبه (ابلاغ مشترک وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزیر کشور مورخ ۲۲/۰۵/۱۳۹۲ به شماره ۱۰۱/۹۶۰) و عملیاتی نمودن برنامه‌های آن در سال ۹۴ انجام شده است، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ارزیابی عملکرد دبیرخانه‌های سلامت و امنیت غذایی استان‌ها در سال ۱۳۹۳؛
- برگزاری ۴ نشست ملی با حضور رؤسای دبیرخانه‌های سلامت و امنیت غذایی استان‌ها (ساغ) و رؤسای مراکز تحقیقاتی مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت؛
- ابلاغ مصوبات هر جلسه و پیگیری اجرای آن‌ها شامل:
 - ✓ تثبیت دبیرخانه‌های ساغ در چارت تشکیلاتی دانشگاه‌ها؛
 - ✓ صدور احکام مربوط به روسا، کارشناسان ارشد و کارشناسان دبیرخانه‌ها،
 - ✓ شناسایی میانجیان مشارکت مردمی و تشکیل خانه‌های مشارکت مردمی در استان،
 - ✓ اخذ مصوبه از کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان در رابطه با تدوین برنامه جامع سلامت استان و معرفی رابط ارشد از دستگاه‌های عضو کارگروه برای تشکیل شورای رابطین سلامت در استان، عضویت رئیس مرکز تحقیقاتی SDH در کارگروه ساغ و رئیس دبیرخانه ساغ در مرکز تحقیقاتی SDH، ارسال گزارش عملکرد سالانه دبیرخانه‌ها به صورت خود اظهاری برای دبیرخانه شورای عالی، رایزنی با سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و وزارت کشور برای تسهیل و تسریع در استقرار نظام‌نامه،
- ابلاغ معیارهای رصد همکاری بین بخشی استان‌ها در زمینه سلامت و امنیت غذایی طی نامه به شماره ۱۰۳/۲۱۳ / د مورخ ۱۸ / ۰۵ / ۱۳۹۴؛
- شروع ارزیابی عملکرد دبیرخانه‌های سلامت و امنیت غذایی استان‌ها بر اساس سه معیار اصلی از مجموع معیارهای ابلاغ شده برای رصد عملکرد همکاری بین بخشی استانی:
 - ✓ تثبیت دبیرخانه کارگروه ساغ؛
 - ✓ تشکیل خانه مشارکت مردمی؛
 - ✓ توجیه کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان و دریافت مصوبه برای تدوین برنامه جامع سلامت استان

میزان پیشرفت کمی ماده قانونی

میزان پیشرفت بند الف ماده ۳۲ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

۱. وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۹۰٪
 ۲. وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۵۴٪
 ۳. وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۹۴٪
 ۴. وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۵۶/۴٪
- دلایل موفقیت این بند در دستاوردها توضیح داده شد که این دستاوردها استانی شده و در احکام دائمی برنامه نیز قرار گرفته است ولی فرایندها مصوب دبیرخانه بود ولی مصوب شورای عالی نبود.

چالش‌های اجرا

اجرای این بند از قانون با چالش‌هایی مواجه بود که به‌قرار زیر است:

۱. فقدان قانون دائمی برای تشکیل این شورا
۲. عدم تأمین مالی پایدار برنامه‌های عملیاتی دبیرخانه شورا
۳. عدم حضور نمایندگان ثابت از سایر دستگاه‌ها در جلسات شورا

بند ب ماده ۳۲**عنوان ماده قانونی**

استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت، تدوین و پس از تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی توسط معاونت برای اجرا ابلاغ می‌گردد. مصادیق طرح‌های بزرگ توسعه‌ای به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت مشخص می‌شود.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، وزارت بهداشت

ضرورت

پیوست سلامت سندی علمی است که توسط متخصصان مرتبط تدوین شده و بر شواهد علمی عینی و ذهنی استوار است و سعی می‌کند اثرات مثبت و یا منفی سیاست عمومی مورد مطالعه را بر سلامت مردم پیش‌بینی کرده و برای ارتقای آن راهکار ارائه دهد.

کاربر نهایی ماده قانونی

کارفرمایان پروژه‌های توسعه‌ای

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

- تدوین استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای و ارائه آن به معاونت برای تأیید
- تأیید استانداردهای ملی پیشنهاد شده در پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای
- تصویب استانداردهای ملی تأیید شده در پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای
- ابلاغ استانداردهای ملی تصویب شده در پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای
- پیشنهاد مصادیق طرح‌های بزرگ توسعه‌ای برای [رعایت] استانداردهای ملی پیوست سلامت به معاونت برای تأیید
- تأیید مصادیق طرح‌های بزرگ توسعه‌ای برای [رعایت] استانداردهای ملی پیوست سلامت

دستاوردهای ماده قانونی

۱. تدوین و ارسال پیش‌نویس استانداردهای ملی پیوست سلامت به معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی
۲. تأیید مجموعه استانداردهای ملی پیوست سلامت توسط معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری و ارسال به شورای عالی سلامت
۳. تصویب استانداردهای ملی پیوست سلامت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۴. ابلاغ استانداردهای ملی پیوست سلامت توسط معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی به کلیه دستگاه‌های اجرایی

۵. پیشنهاد مصادیق طرح‌های بزرگ توسعه‌ای از طرف وزارت بهداشت به معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری و ابلاغ آن‌ها توسط معاونت برنامه‌ریزی به کلیه دستگاه‌های اجرایی
۶. تدوین پیش‌نویس آیین‌نامه تشخیص صلاحیت مشاوران پیوست سلامت و ارسال به معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی جهت بررسی و تأیید

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند ب ماده ۳۲ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

۱. وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۶۶٪
 ۲. وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۴۱/۲۵٪
 ۳. وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۵۰٪
 ۴. وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۳۱/۲٪
- دلایل موفقیت نسبی این بند در تحقیقات، شیوه‌نامه‌ها، تشکیل دبیرخانه پیوست سلامت، راهنماها و فرمت گزارش پیوست سلامت به‌عنوان مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، برگزاری کارگاه‌های آموزشی ویژه کارشناسان ستادی و کارشناسان استانی دستاوردها توضیح داده شد ولی تا پایان برنامه پیوست سلامتی تهیه نشده است.

چالش‌های اجرا

اجرای این بند از قانون با چالش‌هایی مواجه بود که به‌قرار زیر است:

۱. انحصار کار توسط متخصصین وزارت بهداشت و واگذاری تدوین استانداردهای ملی پیوست سلامت به مرکز سلامت محیط و کار
۲. نگرانی از تقابل با سازمان حفاظت محیط‌زیست
۳. از آنجاکه مطابق آیین‌نامه ارزیابی اثرات زیست‌محیطی بایستی به موضوع سلامت انسان توجه می‌شد ولی توجه نشده است، مشارکت‌کنندگانی که در وزارت بهداشت موقعیت شغلی داشتند با ادغام ارزیابی اثرات بهداشتی در ارزیابی اثرات زیست‌محیطی مخالف بودند.
۴. مشارکت مستقیم مردم را امکان‌پذیر نبوده و تنها حضور نمایندگان مردم در زمان تصمیم‌گیری نهایی در مورد اجرای یک طرح مقدور است

بند ج ماده ۳۲**عنوان ماده قانونی**

سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجرا بازطراحی می‌شود و برنامه اجرائی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد. سامانه مصوب باید از سال دوم اجرای برنامه عملیاتی گردد.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، وزارت بهداشت، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

ضرورت

مراقبت‌های اولیه سلامت همواره یک استراتژی ارزشمند در تأمین و گسترش عدالت می‌باشد. سطح‌بندی نظام مراقبت سلامت به‌منظور کاهش هزینه، ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به خدمات موردنیاز انجام می‌گیرد. نظام ارجاع به‌عنوان پل ارتباطی، ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات را از پایین‌ترین سطح به سطوح بالاتر و بالعکس هدایت می‌نماید. یکی از اصلاحات اخیر در نظام سلامت اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع است. وضعیت نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده مطلوب نبوده و نیاز به مداخله و بهبودی دارد.

کاربر نهایی ماده قانونی

دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی، پزشکان خانواده و متخصص

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. میزان بازطراحی سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» حین اجرا

دستاوردهای ماده قانونی

بر اساس مفاد نسخه ۰۲ بسته خدماتی قابل خرید توسط سازمان‌های بیمه‌گر متشکل از خدمات و مراقبت‌های بهداشتی درمانی متناسب با نیازهای جامعه می‌باشد که در این خصوص با سازمان‌های بیمه‌گر توافقات موردنیاز به‌عمل آمده است.

نسخه ۰۲ شهری به تصویب هیئت‌وزیران رسیده است.

برنامه پزشک خانواده در ۲ استان کشور در حال اجراست که پس از رفع اشکالات احتمالی، گسترش خواهد یافت. بر اساس تبصره مقدمه ۰۲ که می‌بایست بسته خدمات روستایی متناسب با توسعه برنامه اصلاح و منافع روستاییان با رعایت سطح‌بندی کمتر از شهرنشینان کشور نمی‌بود، نسخه ۰۲ روستایی باهدف رعایت بند یادشده و پرداختن به تکلیف قانونی موجود در بند ۳۲ قانون پنجم توسعه موضوع پرداختن به مناطق حاشیه و کمتر توسعه‌یافته تدوین و نهایی شده است.

میزان پیشرفت بند ج ماده ۳۲

میزان پیشرفت بند ج ماده ۳۲ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۳۰٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۲۵/۵٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۲۸٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۲۳/۴٪

از طرح تحول بهداشت و آئین‌نامه خدمات در حاشیه شهرها به‌عنوان مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، از برگزاری دوره فلوشیپ برای مدیران مراکز بهداشتی و درمانی و برگزاری نشست‌های روسای دانشگاه‌ها و معاونان بهداشتی کشور به‌عنوان توانمندسازی و بسترسازی محیطی یاد شد. همچنین صاحب‌نظران معتقد بودند که سامانه خدمات جامع و همگانی شهرستان روی کاغذ طراحی شد ولی به تصویب شورای عالی نرسید و اجرایی نشد. بازطراحی هم نشد و بسته دیگری تحت عنوان بسته خدمات مراکز سلامت جامع در حاشیه شهرها طراحی و اجرایی شد؛ بنابراین در خصوص سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» تاکنون اقدام مؤثری انجام نشده است.

چالش‌های اجرا

اجرای این بند از قانون با چالش‌هایی مواجه بود که به‌قرار زیر است:

۱. ارجاع به سطوح ۲ و ۳ و پاراکلینیک به علت تأمین منابع مالی و نبود همکاری بخش خصوصی با چالش‌هایی مواجه است.

۲. در خصوص سطح‌بندی خدمات، چگونگی جلب همکاری پزشکان متخصص و نحوه همکاری سازمان‌های بیمه‌گر و خرید راهبردی از آنان از موضوعات قابل تکمیل در این حوزه است به‌ویژه آنکه در استان‌های منتخب اجرای برنامه به‌صورت کاملاً عملیاتی رخ نداده است.

بند د ماده ۳۲**عنوان ماده قانونی**

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیئت‌های امناء در بیمارستان‌های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیئت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیئت‌وزیران ارائه نماید.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و مجلس، وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت

ضرورت

سازمان بهداشت جهانی (WHO) در آخرین گزارش خود عملکرد سطح سیستم بهداشتی در ایران را پنجاه و هشتمین سطح بهداشتی و عملکرد کلی سیستم سلامتی در ایران را رتبه ۹۳ را در میان دولت‌های جهان اعلام کرد. بر اساس مفاد اسناد حقوق بشری همه دولت‌های عضو سازمان ملل متحد متعهدند که با راه‌اندازی سیستم جامع سلامت و بهداشت و درمان، شهروندان و افراد ملت خود را در برخورداری از حق سلامت حمایت کنند. این تعهدات البته نسبت به وضعیت و موقعیت کشورها، مدت‌زمان متفاوتی را برمی‌تابد.

کاربر نهایی ماده قانونی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. تهیه برنامه نظام درمانی کشور
۲. ارائه برنامه نظام درمانی کشور به هیئت‌وزیران

دستاوردهای ماده قانونی**الف- اقدامات حوزه ستادی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

۱. مشارکت فعال در تدوین دستورالعمل نسخه ۰۲ با هماهنگی کلیه اعضای ستاد اجرایی کشوری
۲. تعیین فوکل پوینت کشوری برنامه در حوزه معاونت درمان
۳. تدوین شیوه‌نامه اجرایی سطح ۲ و ۳ با همکاری ادارات فنی حوزه معاونت درمان
۴. ارسال شیوه‌نامه به معاونت‌های درمان دانشگاه‌ها به‌عنوان نسخه پیشنهادی و دریافت نظرات آن‌ها
۵. برگزاری نشست‌های کارشناسی با معاونین درمان و focal point برنامه و اخذ نظرات آنان
۶. شرکت در نشست رؤسای دانشگاه‌ها در بهمن ۹۰ با رویکرد شروع برنامه در سال ۹۱ و انجام تمهیدات لازم
۷. مشارکت فعال در نشست اعضای ستاد راهبردی استان در چهار قطب مشهد، گیلان، هرمزگان و شیراز با محوریت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در اسفندماه ۹۰ با حضور معاونین درمان

۸. نشست ویژه با معاونین درمان ۴۶ دانشگاه در جلسات راهبردی استان در اردیبهشت و خرداد، تشریح مفصل برنامه و درخواست تهیه نقشه و مسیر راه استان
 ۹. اجلاس معاونین درمان دانشگاه‌ها در ارومیه با رویکرد برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع با تشکیل کارگروه‌های فرایند گردش کار ارجاع، تعرفه و نظام پرداخت، نظارت و اورژانس
 ۱۰. نشست قطب‌ها با رویکرد برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع و بررسی چالش‌ها و ابهامات برنامه
 ۱۱. بررسی چالش‌ها و ابهامات برنامه در سطح ۲ و ۳ با نظر معاونین محترم درمان در نشست برنامه عملیاتی استان‌ها در اردیبهشت و خردادماه سال جاری
 ۱۲. اخذ سوالات و مشکلات دانشگاه‌ها در سطح ۲ و ۳ در تمام جلسات برگزار شده با حضور معاونین درمان
 ۱۳. طرح سوالات و ابهامات در ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به‌منظور دست یافتن به راه‌حل‌های مناسب
 ۱۴. تدوین نسخه پیشنهادی شیوه‌نامه اجرایی سطح ۲ و ۳ با همکاری معاونین درمان و استخراج چالش‌های مطرح‌شده از سوی آن‌ها
 ۱۵. ارسال چک‌لیست‌های پایش برنامه در سه دوره متوالی از شروع برنامه از اسفند ۹۰ تاکنون بر اساس نسخه ۰۲ و شیوه‌نامه پیشنهادی
 ۱۶. تهیه و تدوین چک‌لیست امتیازبندی شده استقرار برنامه جهت انجام خودارزیابی دانشگاه‌ها بر اساس نسخه ۰۲ و شیوه‌نامه پیشنهادی
 ۱۷. برگزاری جلسات ارائه گزارش چک‌لیست توسط معاونین درمان دانشگاه‌ها بر اساس قطب‌های نه‌گانه کشور در تیرماه سال جاری به‌صورت صبح و عصر و بررسی نحوه امتیازدهی چک‌لیست پایشی توسط خود آن‌ها.
 ۱۸. در این جلسات امتیاز به‌دست‌آمده دانشگاه‌ها عمدتاً بین ۱۲۰ الی ۱۶۰ بوده که نشان‌دهنده میزان آمادگی ۶۰ الی ۸۰ درصدی آن‌ها برای اجرای برنامه بود. به‌عنوان مثال امتیاز مکتسبه حوزه معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز بر اساس چک‌لیست ۱۳۸ (آمادگی به میزان ۶۹٪) بود و این در حالی گزارش گردید که شیراز تا آن زمان بیش از ۱۵۰ مورد ارجاع به سطوح ۲ و ۳ را نیز دریافت نموده بود. برنامه‌ریزی جهت بازدیدهای میدانی از دانشگاه‌ها و بررسی فاز استقرار برنامه بر اساس چک‌لیست پایشی و dead line داده‌شده به معاونین درمان برای اصلاح آن از برنامه‌های این معاونت بعد از پایان ماه رمضان است.
- ب- اقدامات انجام‌یافته توسط معاونت‌های درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع**

۱. تشکیل ستاد اجرایی استان، مشارکت در ستاد و تعیین وظایف حوزه معاونت درمان در این ستاد (۱۰۰٪)
۲. تشکیل ستادهای شهرستانی با حضور فرمانداران (بیش از ۹۰٪)
۳. معرفی فوکل پوینت‌های استانی، شهرستانی و بیمارستانی (۱۰۰٪)

۴. هماهنگی و برگزاری جلسات درون بخشی و برون بخشی (شامل ۲۰ نوع جلسه با معاونین آموزشی، پژوهشی، توسعه، دانشجویی و فرهنگی، حراست، روابط عمومی، صداوسیما، ائمه جماعات، انجمن‌های علمی تخصصی، نظام پزشکی و ...) (بیش از ۸۰٪)
۵. هماهنگی و برگزاری کارگاه‌های مختلف آموزشی در سطوح مختلف ارائه خدمات (بیش از ۶۰٪)
۶. تهیه نقشه و مسیر ارجاع در تمام سطوح ارائه خدمات شامل تخصصی، فوق تخصصی و پاراکلینیک (شهرستانی-استانی-استان‌های همجوار-تهران) در تمام دانشگاه‌ها تا انتهای ترین سطح خدمات در کشور (۱۰۰٪)
۷. تهیه و تدوین تفاهم‌نامه در سطوح خارج استانی (۶۰٪)
۸. طراحی جداول اطلاعات متخصصین و فوق تخصص‌های دانشگاهی در درمانگاه‌ها همراه با شماره تماس، نوع تخصص، ساعات حضور و فرایند ارائه خدمات آن‌ها (۱۰۰٪)
۹. فراخوان و ثبت‌نام متخصصین و ارسال لیست به بیمه‌ها (۱۰۰٪)
۱۰. مشارکت در راه‌اندازی call center و طراحی الکترونیک سیستم‌های اطلاع‌رسانی و نوبت‌دهی در سطوح مختلف و به‌روز کردن سیستم HIS
۱۱. طراحی فرایند ارجاع تسهیل شده برای بیماران (فرایند نوبت‌دهی بیماران به‌صورت حضوری، تلفنی و یا از طریق سایت اینترنتی)

چک‌لیست امتیازبندی شده که نتایج فعالیت‌های معاونین محترم درمان را در فرایند استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع نشان می‌دهد به تمام دانشگاه‌ها ارسال شد و سپس در جلسات فشرده، با معاونین محترم درمان دانشگاه‌ها به همراه فوکال پوینت‌های استانی برنامه با تقسیم‌بندی قطب که در طول نیمه دوم تیرماه تشکیل شد با محوریت بررسی و کنترل چک‌لیست پایشی، نحوه شروع برنامه را در قالب ۶۰ فعالیت جزءبه‌جزء برای هر دانشگاه بررسی گردید.

میزان پیشرفت کمی ماده قانونی

میزان پیشرفت بند د ماده ۳۲ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۴۸٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۳۲/۴٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۳۴٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۲۳٪

از دلایل پیشرفت نسبی این بند، تدوین دستورالعمل نسخه ۰۲ و شیوه‌نامه اجرایی سطح ۲ و ۳ به‌عنوان مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، هماهنگی کلیه اعضای ستاد اجرایی کشوری، همکاری ادارات فنی حوزه معاونت درمان، نشست‌های کارشناسی، مشارکت فعال در نشست اعضای ستاد راهبردی، اجلاس معاونین درمان دانشگاه‌ها در حوزه توانمندسازی و بسترسازی محیطی که شرح آن در قسمت دستاوردها آمده است، می‌باشد. آیین‌نامه اجرایی

آن نیز در هیئت دولت تصویب و ابلاغ شده است. تاکنون یک کتابچه راهنمای بالینی متشکل از چند راهنمای بالینی ابلاغ شده است، یکپارچگی بیمه‌های پایه درمان انجام نشده است. نظام ارجاع و پزشک خانواده شهری بدون ارتقای نسخه ۰۲ فقط در دو استان فارس و مازندران به صورت ناقص در حال اجرا است.

چالش‌های اجرا

اجرای این بند از قانون با چالش‌هایی مواجه بود که به‌قرار زیر است:

۱. ابراز نگرانی از مدیران استانی و شهرستانی بیمه به دلیل عدم ابلاغ برنامه از سوی مقامات بالاتر آنان
۲. ابهام در نظام پرداخت برای متخصصین و پزشکان اورژانس
۳. اظهار نگرانی از بابت تأخیر و یا عدم پرداخت به موقع مطالبات از سوی سازمان‌های بیمه‌گر
۴. نگرانی از خالی شدن اورژانس‌ها از پزشکان عمومی به علت اختلاف دریافتی آنان با پزشکان خانواده
۵. وجود ابهاماتی در خصوص راه‌اندازی Call Center و تداخل آن با معاونت بهداشتی از نظر شرح وظایف، تولیت و ...
۶. جود ابهامات در راه‌اندازی یک سیستم یکپارچه و منسجم در نوبت‌دهی بیماران و فرایند تسهیل شده بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دولتی (از نظر تأمین نیروی انسانی، منابع موردنیاز، فضای فیزیکی، شرح وظایف و تداخلات احتمالی با سایر کارکنان و ...)
۷. لزوم عضویت معاون درمان شبکه شهرستان (رئیس بیمارستان) در ستاد اجرایی شهرستان در نسخه ۰۲
۸. گلايه‌مندی بعضی مدیران در سطوح استان و شهرستان از نحوه اجرای برنامه مانند نظام پزشکی
۹. وجود مشکلات اجرایی برای برگزاری برنامه از طریق صداوسیما محلی و درخواست هزینه جهت اجرا از سوی صداوسیما محلی استان‌ها
۱۰. به‌روز نبودن بعضی از سیستم‌های HIS بیمارستانی و تنوع در نرم‌افزارهای موجود
۱۱. لزوم اجرای نظام ارجاع و بازخوراند به صورت کاغذی در ابتدای برنامه و نبودن امکان برقراری ارتباط الکترونیکی بین سطح ۱ با ۲ و ۳ در پرونده الکترونیک (این قسمت باید به صورت paper انجام گیرد)
۱۲. میزان ناکافی بودجه در تهیه ملزومات و سخت‌افزار برنامه از جمله تأمین رایانه، پرینتر و اسکنر برای تمام درمانگاه‌های تخصصی و فوق تخصصی
۱۳. کمبود نیروی انسانی متخصص در بعضی از شهرستان‌ها و نیروی فوق تخصصی در بعضی مراکز استانی و دانشگاه

بند الف ماده ۳۴**عنوان ماده قانونی**

دولت از بخش‌های خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرک‌های دانش سلامت، حمایت به عمل آمده آورد. آئین‌نامه اجرائی این بند طی سال اول برنامه تهیه و به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و درمان، وزارت بهداشت، بخش‌های خصوصی و تعاونی، معاونت پژوهش و فناوری وزارت علوم **ضرورت:** ایجاد جاذبه برای بخش خصوصی و کمک به توسعه دانش سلامت، توسعه ترویج و آموزش رشته‌های مرتبط با حوزه سلامت، فراهم کردن حمایت‌های لازم برای گسترش تحقیق و پژوهش‌های کاربردی در حوزه سلامت، حمایت از تأسیس و توسعه صنایع و سامانه‌های الکترونیکی و حمایت از تأسیس و توسعه صنایع دارویی و فرآورده‌های بیولوژیکی آرایشی و بهداشتی

کاربر نهایی ماده قانونی

شرکت‌های دانش‌بنیان، مرکز رشد فناوری پارک علم و فناوری، دانشگاه، بیمارستان

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. حمایت از بخش‌های خصوصی و تعاونی در ایجاد شهرک‌های دانش سلامت
۲. تهیه آیین‌نامه اجرایی بند «الف» ماده (۳۴) قانون برنامه پنجم توسعه در خصوص حمایت از بخش‌های خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرک‌های دانش سلامت و ارائه آن به هیئت‌وزیران برای تصویب
۳. تصویب آیین‌نامه اجرایی بند «الف» ماده (۳۴) قانون برنامه پنجم توسعه در خصوص حمایت از بخش‌های خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرک‌های دانش سلامت

دستاوردهای ماده قانونی

۱. تدوین پیش‌نویس آیین‌نامه اجرایی بند الف ماده ۳۴ و ارسال به معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی
۲. دریافت تقاضا جهت راه‌اندازی شهرک‌های دانش سلامت
۳. ارائه فراخوان برای جذب اعضای کمیسیون‌های تخصصی شورای عتف به مراکز علمی و دانشگاه‌ها

میزان پیشرفت کمی ماده قانونی

میزان پیشرفت بند الف ماده ۳۴ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۳۰٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۱۲٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۲۱٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۸/۴٪

علیرغم تدوین پیش‌نویس آیین‌نامه اجرایی بند الف ماده ۳۴ و ارسال به معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی در مرحله مستندات تبدیل قانون به اجرا، ارائه فراخوان برای جذب اعضای کمیسیون‌های تخصصی شورای عتف به مراکز علمی و دانشگاه‌ها و دریافت تقاضا جهت راه‌اندازی شهرک‌های دانش سلامت در مرحله توانمندسازی و بسترسازی محیطی، به دلیل عملیاتی نشدن ایجاد شهرک‌های دانش سلامت در پایان برنامه پنجم توسعه، میزان پیشرفت مناسب ارزیابی نشد.

چالش‌های اجرا

مهم‌ترین چالش در اجرایی شدن این بند از ماده قانونی، یافتن سرمایه‌گذاران بخش خصوصی در این عرصه می‌باشد.

بند ب ماده ۳۴**عنوان ماده قانونی**

به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد (۳۰٪) هزینه‌های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص موردنیاز، ده درصد (۱۰٪) خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده می‌شود. دولت موظف است اعتبار مزبور را هر سال برآورد و در ردیف خاص در لایحه بودجه ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منظور نماید تا برای موارد فوق‌الذکر هزینه گردد.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و درمان، وزارت بهداشت

ضرورت

تأمین منابع مالی جهت عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص موردنیاز

کاربر نهایی ماده قانونی

دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. برآورد (۱۰٪) خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها به بخش سلامت علاوه بر سایر اعتبارات این بخش
۲. اختصاص (۱۰٪) خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها به بخش سلامت علاوه بر سایر اعتبارات این بخش

دستاوردهای ماده قانونی

۱. کاهش فرانشیز بطوریکه پرداختی‌های مردم در بیمارستان‌ها از ۳۷ درصد به ۴/۵ درصد رسید.
۲. هزینه‌های پرداختی از جیب مردم بین ۱۷ تا ۱۸ درصد کاهش یافت، بدین معنا که از ۵۸ درصد به ۴۰ درصد رسید.
۳. بر اساس گزارش سازمان مدیریت، به لحاظ عملکرد اعتباری در سال ۱۳۹۰ برابر با ۲۱,۰۱۵,۰۰۰ میلیون ریال، در سال ۱۳۹۱، این اعتبارات مبلغ ۲۰۲۲۷۱۵۴ میلیون ریال در سال ۱۳۹۲، ۲,۰۰۰,۰۰۰ میلیون ریال، در سال ۱۳۹۳ ۵۷۵۲۲,۰۰۰ میلیون ریال و در نیمه اول سال ۱۳۹۴، ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ میلیون ریال

۴. تخصیص اعتبار حمایت از بیماران خاص، صعب‌العلاج، سرطانی، ام اس و کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر، تخصیص اعتبار جهت یارانه داروهای بیماری‌های صعب‌العلاج، تخصیص اعتبار جهت خرید دستگاه همو دیالیز، تخصیص اعتبار جهت ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، تخصیص اعتبار جهت تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، تخصیص اعتبار جهت اجرای برنامه پزشک خانواده، تخصیص اعتبار جهت یارانه دارو، تخصیص اعتبار جهت درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تخصیص اعتبار کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص موردنیاز، تخصیص اعتبار جهت کمک به اجرای سیاست‌های جمعیتی کشور

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند ب ماده ۳۴ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۸۰٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۵۶٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۷۷٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۵۴٪

از دلایل پیشرفت این بند، تخصیص اعتبارات برای طرح تحول سلامت (درمان و بهداشت)، ارزیابی و پایش طرح تحول سلامت عنوان شد. اگرچه بر اساس گزارش سازمان مدیریت، به لحاظ عملکرد اعتباری در سال ۱۳۹۰ برابر با ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال، در سال ۱۳۹۱، این اعتبارات مبلغ ۲۰۲۲۷۱۵۴ میلیون ریال در سال ۱۳۹۲، ۲,۰۰۰,۰۰۰ میلیون ریال، در سال ۱۳۹۳ ۵۷۵۲۲,۰۰۰ میلیون ریال و در نیمه اول سال ۱۳۹۴، ۱۲,۰۰۰,۰۰۰ میلیون ریال تخصیص اعتبار صورت پذیرفته است ولی تنها پس از بررسی کامل اجرای طرح تحول سلامت می‌توان دقیق‌تر تعیین نمود که این اعتبارات به اهداف مندرج در قانون تخصیص یافته است یا خیر.

چالش‌های اجرا

- اجرای این بند از ماده قانونی قبل و بعد از طرح تحول با چالش‌هایی مواجه بوده است که به شرح زیر است:
۱. ناپایداری منابع در حوزه طرح‌های بیمه‌ای عملاً طرح تحول سلامت را به عاملی در نارضایتی ذینفعان تبدیل کرده است.
 ۲. کسری شدید منابع مالی صندوق‌های بیمه‌ای پس از طرح تحول سلامت
 ۳. چنانکه استمرار این بند قانونی در برنامه ششم و یا احکام دائمی وجود داشته باشد، راهکارهای پیشنهادی برای اجرایی شدن آن به شرح زیر است:
 ۴. وزارت رفاه میزان کسری منابع را در سازمان بیمه سلامت و سازمان تأمین اجتماعی مشخص کند.
 ۵. وزارت بهداشت متعهد به سطح‌بندی تمام خدمات تشخیصی و درمانی شود.
 ۶. بازنگری و تعدیل مناسب در تعرفه‌های کتاب ارزش نسبی خدمات است.
 ۷. آموزش مدیران بیمارستانی برای ارتقای توانمندی و مهارت آنان

۸. تدوین و برگزاری برنامه‌های نظارتی برای اجرای طرح در بیمارستان‌ها

بند ج ماده ۳۴

عنوان ماده قانونی

متناسب‌سازی نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی دانشگاه‌ها با نظام سلامت و نقشه جامع علمی کشور

ماده قانونی

به‌منظور متناسب‌سازی کمیت و کیفیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور استخراج و اعمال کند.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون‌های بهداشت و درمان، آموزش و تحقیقات مجلس، وزارت بهداشت

ضرورت

آموزش وسیله‌ای برای شناسایی مشکلات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه و پی بردن به راه‌حل‌های مناسب برای آن‌هاست. هدف فعالیت‌های آموزشی رشد آگاهی و توانایی‌های بالقوه انسان است. برنامه ریزان آموزشی طی سه دهه گذشته توجه خاصی به این پرسش داشته‌اند که چه مباحث و موضوعاتی در دروس مختلف باید تدریس شود و برای دانشجویان چه نوع مواد و وسایل آموزشی و توسط چه کسانی باید آماده شود. در حال حاضر در برخی رشته‌ها با انبوه دانش‌آموختگان مواجه هستیم که با بحران بیکاری روبه‌رو هستند و از سویی دیگر در رشته‌های دیگر که موردنیاز کشور است با کمبود متخصص روبه‌رو هستیم و علت این است که سیاست‌گذاری توسعه آموزش عالی در کشور متناسب با نیازهای بازار کار نبوده است؛ بنابراین دانش‌آموختگان باید از اتمام دوره تحصیلات و ورود به جامعه قادر باشند به نیازهای متنوع و متغیر نظام سلامت جوابگو باشند.

کاربر نهایی ماده قانونی

فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌های علوم پزشکی، مراکز ارائه‌کننده مراکز بهداشتی درمانی

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

استخراج و اعمال نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور

دستاوردهای ماده قانونی

۱. آیین‌نامه دوره پودمانی مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH) ویژه توانمندسازی پزشکان خانواده
۲. برنامه آموزشی و ضوابط دوره آیین‌نامه دوره پودمانی مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH) ویژه توانمندسازی پزشکان خانواده

۳. اجرای دوره MPH پزشک خانواده توسط ۱۸ دانشگاه علوم پزشکی

۴. تأسیس و راه‌اندازی رشته‌های تحصیلی موردنیاز

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند ج ماده ۳۴ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه

کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۶۰٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۱۲٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۶۰٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۱۲٪

از دلایل پیشرفت این بند، تدوین آیین‌نامه دوره پودمانی مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH) ویژه توانمندسازی پزشکان خانواده، تدوین برنامه آموزشی و ضوابط دوره آیین‌نامه دوره پودمانی مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH) ویژه توانمندسازی پزشکان خانواده، اجرای دوره MPH پزشک خانواده توسط ۱۸ دانشگاه علوم پزشکی و تأسیس و راه‌اندازی رشته‌های تحصیلی موردنیاز عنوان شد. موانعی که حاکی از عدم پیشرفت اجرای ماده قانونی بود، نبود مستنداتی در خصوص استخراج و اعمال نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور و تأکید بر جنبه تربیت و آموزشی نیروی انسانی بود.

چالش‌های اجرا

این بند از قانون با چالش‌هایی نیز مواجه بود که به‌قرار زیر است:

۱. برای تدوین سبد مطلوب غذایی وجود داده‌های به‌روز و معتبر مصرف مواد غذایی در گروه‌های سنی و

جنسی مختلف ضروری است. این نوع داده‌ها در کشور ما وجود ندارد. به همین دلیل سبد غذایی مطلوب

پیشنهادی فعلی با استفاده از داده‌های موجود که شامل بررسی مصرف خانوار سال ۱۳۸۱-۱۳۷۹ تدوین شده

است و ترازنامه غذایی ۱۳۸۸ - ۱۳۸۰، تدوین شده است.

۲. برآورد نکردن هزینه ریالی سبدهای غذایی مطلوب پیشنهادی یکی دیگر از محدودیت‌های سبد است که

علت آن را می‌توان به نوسانات شدید قیمت اقلام غذایی، در اختیار نداشتن داده‌های به‌روز مصرف سرانه

انرژی و مواد مغذی افراد و نداشتن اطلاعات کافی از عادات غذایی ساکنان مناطق مختلف کشور نسبت

داد.

بند د ماده ۳۴

عنوان ماده قانونی: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در سال اول برنامه فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سید غذایی مطلوب برای گروه‌های سنی مختلف را اعلام کند.

ذینفعان استقرار ماده قانونی: وزارت بهداشت، کمیسیون بهداشت و درمان، صنعت و معدن و تجارت، رسانه‌های ارتباط جمعی و نهادهای آموزشی

ضرورت: بر اساس این بند ماده ۳۴، وزارت بهداشت موظف است دو مورد یعنی مواد غذایی سالم و ایمن و سید غذایی مطلوب را به تفکیک گروه‌های سنی اعلام کند و بر اساس این قانون اعلام فهرست و سید غذایی تنها در سال اول برنامه لازم دانسته شده است. تعاریف این موارد اهمیت دارد و همچنین شیوه اعلام این فهرست مهم است. در این بند لزوم همکاری با سایر دستگاه‌ها مشخص نشده است اما به نظر می‌رسد بدون همکاری با وزارت صنعت و معدن و تجارت، رسانه‌های ارتباط جمعی و نهادهای آموزشی اعلام محدود فهرست مؤثر نخواهد بود.

کاربر نهایی ماده قانونی: مردم، ارائه‌کنندگان و تولیدکنندگان مواد غذایی

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. تعریف مواد و فرآورده‌های غذایی سالم، مواد غذایی ایمن و سید غذایی مطلوب
۲. تدوین سید غذایی به تفکیک گروه‌های سنی
۳. تعیین نحوه استفاده از استانداردهای بین‌المللی در تعریف سید غذایی
۴. تعیین شیوه اعلام فهرست با جزییات (زمان اعلام، تواتر اعلام و مراجع اعلام و ...)

دستاوردهای ماده قانونی

۱. تدوین فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن
۲. تدوین سید مطلوب غذایی برای جامعه ایرانی

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند د ماده ۳۴ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۱۰۰٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۵۷/۵٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۱۰۰٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۵۷/۵٪

از دلایل پیشرفت این بند، تدوین فهرست مواد و فرآورده‌های غذایی سالم و ایمن و سید مطلوب غذایی برای جامعه ایرانی بود که بر اساس این سید غذایی، هر فرد ایرانی باید روزانه ۳۲۰ گرم نان، ۱۰۰ گرم برنج، ۲۰ گرم ماکارونی، ۲۶ گرم حبوبات، ۷۰ گرم سیب‌زمینی، ۲۸۰ گرم سبزی، ۲۶۰ گرم میوه، ۴۸ گرم گوشت قرمز، ۵۰ گرم گوشت سفید، ۲۴ گرم تخم‌مرغ، بین ۲۲۵ تا ۲۴۰ گرم شیر یا لبنیات، ۳۵ تا ۴۰ گرم روغن و ۴۰ تا ۵۰ گرم قند و شکر مصرف کند.

چالش‌های اجرا

این بند از قانون با چالش‌هایی نیز مواجه بود که به‌قرار زیر است:

۱. برای تدوین سبد مطلوب غذایی وجود داده‌های به‌روز و معتبر مصرف مواد غذایی در گروه‌های سنی و جنسی مختلف ضروری است. این نوع داده‌ها در کشور ما وجود ندارد. به همین دلیل سبد غذایی مطلوب پیشنهادی فعلی با استفاده از داده‌های موجود که شامل بررسی مصرف خانوار سال ۱۳۷۹-۱۳۸۱ تدوین شده است و ترازنامه غذایی ۱۳۸۸ - ۱۳۸۰، تدوین شده است.
۲. برآورد نکردن هزینه ریالی سبدهای غذایی مطلوب پیشنهادی یکی دیگر از محدودیت‌های سبد است که علت آن را می‌توان به نوسانات شدید قیمت اقلام غذایی، در اختیار نداشتن داده‌های به‌روز مصرف سرانه انرژی و مواد مغذی افراد و نداشتن اطلاعات کافی از عادات غذایی ساکنان مناطق مختلف کشور نسبت داد.

بند ۵ ماده ۳۴

عنوان ماده قانونی: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است زمینه لازم برای توسعه طب سنتی و استفاده از داروها و فرآورده‌های طبیعی و گیاهی را فراهم نماید.

دینفعان استقرار ماده قانونی: کمیسیون بهداشت و درمان، وزارت بهداشت

ضرورت: طب سنتی دارای گزاره‌های فراوان کاربردی در حوزه‌های مختلف نظیر حفظ تندرستی و پیشگیری از بیماری‌ها، درمان بیماری‌ها، بهبود شرایط زندگی، روش‌های نگهداری و فرآوری مواد غذایی و داروهای طبیعی، داروسازی طبیعی، توریسم درمانی، طب ورزشی، طب نظامی و ... هستند. در این میان، رسالت دانشگاه تشخیص گزاره‌های درست و مفید از گزاره‌های نادرست به کمک طراحی مطالعات مختلف از جمله کار آزمایشی‌های بالینی است. همچنین برای پاسخگویی به نیاز جامعه در مورد اطلاع‌رسانی گزاره‌های بدیهی و استفاده از گزاره‌های نیازمند بررسی اثبات شده در امر درمان بیماران، نیاز به تربیت نیروهای پژوهشگر و درمانگران مجهز به سلاح علم و تجربه وجود دارد. لذا دانشگاه‌ها با این توضیح وارد حوزه‌های آموزش، پژوهش، پیشگیری و درمان در حیطه طب سنتی می‌شوند. بر اساس این ماده قانونی زمینه‌ساز توسعه طب سنتی و استفاده از داروها و فرآورده‌های طبیعی و گیاهی وزارت بهداشت است. لازم است در ابتدا توافقی در مورد حدود و چارچوب طب سنتی و تعریف دارو و فرآورده‌های طبیعی و گیاهی بین قانون‌گذار و مجری وجود داشته باشد. مهم است که توسعه طب سنتی بر اساس ضوابط مشخص و با نظارت دقیق وزارت بهداشت انجام شود و لازم است همانند سایر خدمات سلامت، نظام نظارتی برای این خدمات تعریف شود. تربیت نیروی انسانی و فرهنگ‌سازی نیز از دیگر مسئولیت‌های وزارت بهداشت می‌باشد.

کاربر نهایی ماده قانونی: مردم، متخصصان طب سنتی

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. میزان توسعه طب سنتی
۲. میزان استفاده از داروها و فرآورده‌های طبیعی و گیاهی

دستاوردهای ماده قانونی

۱. تشکیل معاونت طب سنتی
۲. تدوین سند راهبردی گیاهان دارویی و طب سنتی با همکاری معاون علمی فناوری ریاست‌جمهوری
۳. تصویب سند راهبردی گیاهان دارویی توسط شورای عالی انقلاب فرهنگی
۴. تدوین و تصویب منشور کاربرد طب سنتی
۵. ایجاد ۷ دانشکده طب سنتی در ۱۶ دانشگاه علوم پزشکی
۶. تصویب رشته داروسازی سنتی در ۸ دانشگاه علوم پزشکی
۷. تشکیل کمیته‌های تخصصی طب سنتی و طب مکمل
۸. تدوین آیین‌نامه اجرایی طب مکمل
۹. تدوین آیین‌نامه تأسیس سلامت‌مکده طب سنتی ایران

۱۰. تدوین آیین‌نامه اجرایی طب مکمل
۱۱. تدوین دستورالعمل اجرایی ارائه خدمات طب سنتی
۱۲. تدوین و اجرای طرح کشوری «ثبت عوارض داروهای طبیعی و سنتی»
۱۳. پیشنهاد دارونامه گیاهی در کنار داروخانه طب رایج برای داروهای موجود در خانه‌های بهداشت
۱۴. تشکیل کارگروه‌های تخصصی جهت تدوین دارونامه گیاهی برای بیماری‌های شایع جهت جایگزینی داروهای پرمصرف که برای درمان‌های علامتی در طب رایج استفاده می‌شود.
۱۵. تشکیل کارگروه تدوین آیین‌نامه دهکده سلامتی
۱۶. تدوین برنامه استراتژیک توسعه طب سنتی ایران
۱۷. تشکیل کارگروه‌ها و کمیته‌های تخصصی تدوین برنامه کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت طب سنتی ایرانی-اسلامی
۱۸. انتشار کتاب حفظ سلامتی در طب سنتی در طب سنتی برای مخاطب عام
۱۹. انتشار کتاب حفظ سلامتی نیروی نظامی بر اساس طب سنتی
۲۰. تهیه و بازنگری بسته‌های آموزشی ارائه خدمات حفظ‌الصحة و اصلاح سبک زندگی از دیدگاه طب سنتی برای پزشکان عمومی
۲۱. تدوین برنامه آموزش مجازی ۱۲ ساعته ویژه کارشناسان بهداشتی و ۲۴ ساعته ویژه پزشکان عمومی در راستای معرفی مبانی طب سنتی و ظرفیت‌های قابل‌استفاده آن در نظام سلامت
۲۲. تشکیل کارگروه ویژه برای بسترسازی ورود تدابیر حفظ سلامتی و اصلاح سبک زندگی در کتاب‌های درسی مدارس
۲۳. تشکیل کارگروه تدوین برنامه آموزشی رشته‌های پشتیبان طب و داروسازی سنتی و رشته‌های کاربردی فنی-حرفه‌ای
۲۴. بسترسازی آموزش مداوم طب سنتی با امتیاز بازآموزی برای کلیه گروه‌های تخصصی در دانشگاه‌ها
۲۵. ایجاد کارگروه «طب سنتی، تندرستی، رسانه» جهت پوشش رسانه‌ای تدابیر حفظ‌الصحة و سبک زندگی
۲۶. برگزاری همایش طب سنتی از منظر یونسکو
۲۷. برگزاری نشست‌های هم‌اندیشی اساتید، متخصصان و اعضاء هیئت‌ممتحنه و ارزشیابی طب سنتی
۲۸. تشکیل انجمن علمی طب سنتی
۲۹. تشکیل کارگروه تخصصی جهت تدوین طرح ملی بررسی وضعیت موجود طب سنتی در کشور
۳۰. پیشنهاد تعرفه خدمات ۱۲ گانه طب سنتی که در دبیرخانه شورای عالی بیمه کارشناسی شده است
۳۱. برگزاری برنامه‌های آموزشی برای جامعه پزشکی و مردم
۳۲. تدوین نهایی برنامه‌ی ۴ ساله‌ی طب ایرانی با استفاده از اسناد بالادستی
۳۳. پیشنهاد ایجاد چارت تشکیلاتی تفصیلی «مدیریت تعالی و توسعه‌ی طب ایرانی» در دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور

۳۴. تشکیل شورای سیاست‌گذاری طب سنتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۵. تدوین و ابلاغ شاخص‌های ارزیابی دانشگاه‌ها در حوزه طب سنتی
۳۶. ایجاد بانک اطلاعاتی از مقالات، کتب و پایان‌نامه‌های دانشجویی در حوزه طب ایرانی
۳۷. تعیین تعرفه خدمات طب ایرانی و چاپ در کتاب ارزش نسبی خدمات
۳۸. تدوین بسته‌ی آموزش به‌روزان جهت توانمندسازی آنان برای استفاده از این ظرفیت در ارائه‌ی خدمات بهداشتی در خانه‌های بهداشت
۳۹. تأمین اعتبار یک‌صد میلیارد ریالی جهت توسعه و تجهیز سلامت‌ده‌های طب سنتی در ۱۷ مرکز دانشگاهی که دارای رشته طب سنتی مصوب هستند.
۴۰. تصویب ساخت ۲۰ سلامت‌ده طب سنتی در مراکز دانشگاهی کشور در شورای سیاست‌گذاری طب سنتی وزارت (تیپ آموزشی - درمانی)
۴۱. افزایش دو برابری ظرفیت پذیرش دانشجو در سال ۹۳ نسبت به سال ۹۲ در رشته دکترای تخصصی طب سنتی
۴۲. با تصویب راه‌اندازی رشته‌ی طب سنتی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مجموع دانشگاه‌های علوم پزشکی دارای رشته طب سنتی به ۱۷ دانشگاه رسیده است. همچنین در پایان سال ۹۳ و برنامه پنجم توسعه تعداد دانشگاه‌های ارائه‌دهنده رشته دکترای داروسازی سنتی و تاریخ پزشکی به ۸ دانشگاه می‌رسد.
۴۳. در پایان برنامه پنجم تعداد کل دانشجویان رشته دکترای طب سنتی ۴۱۲ نفر، رشته دکترای داروسازی سنتی ۶۱ نفر و تاریخ پزشکی ۶۷ نفر است.

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند ه ماده ۳۴ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۱۰۰٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۵۵٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۱۰۰٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۵۵٪

از دلایل پیشرفت این بند، برنامه استراتژیک توسعه طب سنتی ایران، سند راهبردی گیاهان دارویی و طب سنتی، آیین‌نامه اجرایی طب مکمل و دستورالعمل اجرایی ارائه خدمات طب سنتی به‌عنوان مجموعه 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 سبک زندگی، کارگروه «طب سنتی، تندرستی، رسانه» و کارگروه تدوین آیین‌نامه ده‌گانه 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.

چالش‌های اجرا

این بند از قانون با چالش‌هایی نیز مواجه بود که به‌قرار زیر است:

۱. عدم نظارت بر برخی عملکردهای غیرمسئولانه درمانگران غیردانشگاهی و عطاری‌ها
۲. کمبود نیروی انسانی کارآزموده و آکادمیک در ستاد وزارت بهداشت و صف (دانشگاه‌ها و مراکز بهداشتی، درمانی)
۳. عدم اختصاص اعتبار کافی برای توسعه مراکز ارائه خدمات طب سنتی در مراکز دانشگاهی
۴. عدم ابلاغ چارت سازمانی و تعیین وضعیت واحدهای متناظر در دانشگاه‌های علوم پزشکی و همچنین دانشکده‌ها و گروه‌های طب و داروسازی سنتی
۵. عدم تدوین سیاست‌های حمایتی از تولیدکنندگان در خصوص کشت، تولید و عرضه گیاهان دارویی
۶. کمبود نیروی انسانی کارآزموده و آکادمیک در ستاد وزارت بهداشت و صف (دانشگاه‌ها و مراکز بهداشتی، درمانی)
۷. فقدان تعرفه گذاری کامل خدمات و پوشش بیمه برای خدمات درمانی و دارویی طب سنتی و مکمل برخلاف کشورهای توسعه‌یافته دنیا
۸. وجود متولیان مختلف رسمی و غیررسمی و ناهماهنگی این متولیان در عرصه‌های مختلف طب سنتی ایران
۹. عدم اختصاص اعتبار کافی برای منابع و تجهیزات آزمایشگاهی در حوزه پژوهش
۱۰. کمبود مراکز تحقیقات گیاهان دارویی در هر منطقه

بند و ماده ۳۴**عنوان ماده قانونی**

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری وزارت جهاد کشاورزی مقدار مصرف مجاز سموم و کودهای شیمیایی برای تولید محصولات باغی و کشاورزی را مشخص نماید و عرضه محصولاتی که به صورت غیرمجاز از سموم و کودهای شیمیایی استفاده کرده‌اند را ممنوع نماید. وزارت جهاد کشاورزی موظف است ضمن اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی در زمینه کاهش استفاده از سموم و کودهای شیمیایی، امکان دسترسی مردم را به محصولاتی که از سلامت لازم برخوردارند فراهم آورد.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمسیون بهداشت و درمان، وزارت بهداشت، وزارت جهاد کشاورزی

ضرورت

دو وزارت خانه بهداشت و درمان و جهاد کشاورزی مکلف هستند تا با ابزارهای قانونی تولید و عرضه محصولات غذایی ناسالم حاوی مقدار غیرمجاز باقیمانده سموم و کودهای شیمیایی را محدود کرده و مصرف مواد غذایی سالم را گسترش دهند. بر اساس این بند در مورد تعیین مقدار مجاز سموم و کودهای شیمیایی، شناسایی محصولاتی که مقادیر غیرمجاز سموم و کود شیمیایی دارند و ممنوع کردن عرضه آنها وزارت بهداشت مجری اصلی است که با همکاری وزارت جهاد کشاورزی باید این امر را پیگیری نماید؛ اما دستگاه‌های دیگری نیز وجود دارند که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم با این موضوع در ارتباطند مانند وزارت صنعت و معدن و تجارت که در زمینه تولید یا واردات سموم و کودهای شیمیایی باید استانداردهای لازم را رعایت کند و یا سازمان محیط‌زیست که در مورد آثار سموم و کودهای شیمیایی بر محیط‌زیست مسئولیت دارد. نقش سازمان استاندارد نیز شفاف نیست. در بخش دوم اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی و ایجاد دسترسی به محصولات سالم بر عهده وزارت جهاد کشاورزی است اما وزارت بهداشت با توجه به اینکه متولی سلامت است لازم است از مسیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی این موضوع را نیز پیگیری کند.

کاربر نهایی ماده قانونی: مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان محصولات کشاورزی

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. تعیین مقدار مجاز سموم و کودهای شیمیایی برای تولید محصولات باغی و کشاورزی
۲. اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی در زمینه کاهش استفاده از سموم و کودهای شیمیایی
۳. میزان فراهم نمودن دسترسی مردم به محصولاتی که از سلامت لازم برخوردارند

دستاوردهای ماده قانونی

۱. قرار دادن موضوع کاهش آلاینده‌ها و باقی‌مانده‌های آفت‌کش‌ها در دستور کار کارگروه‌های تغذیه و امنیت غذایی به منظور کاهش نسبت محصولات نامنطبق از نظر باقیمانده آفت‌کش‌ها و کودهای شیمیایی کشاورزی به کل محصولات به میزان ۲۰ درصد در هر سال

۲. اختصاص ۹ جلسه از مجموع جلسات کارگروه تغذیه و امنیت غذایی (۳۰ جلسه) به موضوع آلاینده‌ها و باقی‌مانده آفت‌کش‌ها
۳. تدوین متن پیش‌نویس مصوبات (سیاست‌های اجرایی) شامل ۱۳ بند جهت ابلاغ به کلیه دستگاه‌های اجرایی ذینفع-شرکت در جلسات کارگروهی تخصصی تغذیه و امنیت غذایی در خصوص بررسی پیش‌نویس مصوبات در زمینه باقیمانده سموم و آلاینده‌ها در محصولات کشاورزی که توسط دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت برگزار گردید.
۴. برگزاری جلسه با انجمن واردکنندگان سم و کود ایران
۵. برگزاری جلسه سموم کودهای شیمیایی با سازمان حفظ نباتات، مرکز سلامت محیط و کار و مرکز آزمایشگاه‌های مرجع کنترل غذا و دارو و اعضاء هیئت نظارت بر سموم
۶. شرکت در جلسات هیئت نظارت بر واردات سموم در سازمان حفظ نباتات
۷. شرکت در جلسات استاندارد به‌منظور تدوین و بازنگری سموم
۸. مشارکت در جلسات مشترک با وزارت جهاد کشاورزی به‌منظور بررسی منابع موجود و برآورد مقدار مصرف مجاز سموم و کودهای شیمیایی
۹. انتخاب روش‌های اندازه‌گیری آفات توکسین‌های B&G در پسته و اندازه‌گیری باقیمانده سموم دفع آفات نباتی در برنج
۱۰. تهیه تجهیزات، مواد شیمیایی و استانداردهای موردنیاز برای هر یک از روش‌ها پس از جمع‌آوری اطلاعات از منابع علمی و تخصصی و بررسی و مقایسه روش‌های موجود و انتخاب روش مناسب و انجام آزمون به‌صورت پایلوت
۱۱. تأمین و تجهیز آزمایشگاه به‌منظور انجام فعالیت‌های آزمون
۱۲. تعیین معیارها و روش‌های آزمون مرتبط
۱۳. انجام آزمون‌های معبرسازی و تدوین SOP نهایی پس از بررسی نتایج و رفع نواقص احتمالی
۱۴. شرکت در جلسات سازمان دامپزشکی کشور در خصوص بررسی مدارک ارسالی از سوی کدکس در خصوص سموم دفع آفات نباتی
۱۵. برگزاری سمینار در خصوص باقیمانده آنتی‌بیوتیک در مواد غذایی و فرآورده‌های خام دامی
۱۶. تعیین مقدار مجاز برخی از سموم بر اساس استانداردهای بین‌المللی
۱۷. اعلام میزان سموم بیش‌ازحد مجاز از طریق رسانه‌ها و اقدام به ابطال موقت یا دائم پروانه فرآورده مذکور

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند و ماده ۳۴ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۸۱%

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۶۴/۸٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۷۳٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۵۸/۴٪

از دلایل پیشرفت این بند، قرار دادن موضوع کاهش آلاینده‌ها و باقی‌مانده‌های آفت‌کش‌ها در دستور کار کارگروه‌های تغذیه و امنیت غذایی، تدوین متن پیش‌نویس مصوبات (سیاست‌های اجرایی) شامل ۱۳ بند جهت ابلاغ به کلیه دستگاه‌های اجرایی ذینفع به‌عنوان مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، برگزاری جلسه با انجمن وارد کنندگان سم و کود ایران، برگزاری جلسه سموم کودهای شیمیایی با سازمان حفظ نباتات، مرکز سلامت محیط و کار و مرکز آزمایشگاه‌های مرجع کنترل غذا و دارو و اعضاء هیئت نظارت بر سموم، شرکت در جلسات هیئت نظارت بر واردات سموم در سازمان حفظ نباتات، شرکت در جلسات استاندارد به‌منظور تدوین و بازرنگری سموم، مشارکت در جلسات مشترک با وزارت جهاد کشاورزی به‌منظور بررسی منابع موجود و برآورد مقدار مصرف مجاز سموم و کودهای شیمیایی به‌عنوان توانمندسازی و بسترسازی محیطی، انتخاب روش‌های اندازه‌گیری آفلاتوکسین‌های B&G در پسته و اندازه‌گیری باقیمانده سموم دفع آفات نباتی در برنج، تهیه تجهیزات، مواد شیمیایی و استانداردهای موردنیاز برای هر یک از روش‌ها پس از جمع‌آوری اطلاعات از منابع علمی و تخصصی و بررسی و مقایسه روش‌های موجود و انتخاب روش مناسب و انجام آزمون به‌صورت پایلوت، تأمین و تجهیز آزمایشگاه به‌منظور انجام فعالیت‌های آزمون، تعیین معیارها و روش‌های آزمون مرتبط، انجام آزمون‌های معتبر سازی و تدوین SOP نهایی پس از بررسی نتایج و رفع نواقص احتمالی، شرکت در جلسات سازمان دامپزشکی کشور در خصوص بررسی مدارک ارسالی از سوی کدکس در خصوص سموم دفع آفات نباتی، برگزاری سمینار در خصوص باقیمانده آنتی‌بیوتیک در مواد غذایی و فرآورده‌های خام دامی، تعیین مقدار مجاز برخی از سموم بر اساس استانداردهای بین‌المللی و اعلام میزان سموم بیش‌ازحد مجاز از طریق رسانه‌ها و اقدام به ابطال موقت یا دائم پروانه فرآورده مذکور به‌عنوان اجرای ستادی و نتایج محیطی گزارش شد. ولی آنچه در عمل با آن روبرو هستیم این است که همچنان مردم جامعه در حال مصرف مواد کشاورزی آلوده به سموم و مواد آسیب‌رسان سلامتی هستند. از موانع اجرای برنامه اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی ناکافی در زمینه کاهش استفاده از سموم و کودهای شیمیایی و لزوم دسترسی مردم به محصولاتی که از سلامت لازم برخوردارند عنوان شد.

چالش‌های اجرا

چالش‌های اجرایی شدن ماده قانونی به شرح زیر می‌باشد:

۱. عدم قابلیت ردیابی و عدم اطلاع کافی از نوع آفت‌کش‌ها
۲. اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی ناکافی در زمینه کاهش استفاده از سموم و کودهای شیمیایی

بند الف ماده ۳۵

عنوان ماده قانونی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باهدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت‌احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. کلیه مراکز سلامت اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، وزارت بهداشت، مرکز آمار ایران، سازمان ثبت‌احوال

ضرورت

حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت

کاربر نهایی ماده قانونی

مردم، ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، مدیران و تصمیم‌گیرندگان

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

میزان استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان (تعداد جمعیت تحت پوشش در حوزه ثبت اطلاعات، ویزیت پایه و ویزیت پزشک و ارجاع)

دستاوردهای ماده قانونی

۱. تدوین پیش‌نویس آیین‌نامه اجرایی بند الف ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه با عنوان «استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» جهت طرح در هیئت‌وزیران
۲. تجهیز مراکز داده دانشگاه‌های علوم پزشکی و استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت در آنها
۳. برنامه‌ریزی جهت اتصال مراکز تابعه به نمونه مربوطه با اولویت اتصال مراکز بیمارستانی صورت گرفته است.
۴. استقرار نظام ثبت مراقبت آنفولانزا در ۳۱ استان
۵. راه‌اندازی سامانه سیب مربوط به حوزه مراکز بهداشتی و درمانی پس از ابلاغ وزیر بهداشت در مورد الزام استفاده از این سامانه

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند الف ماده ۳۵ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:
وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۹۰٪
وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۶۷/۵٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۸۶٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۶۴/۵٪

از دلایل پیشرفت این بند، تدوین پیش‌نویس آیین‌نامه اجرایی بند الف ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه با عنوان «استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» جهت طرح در هیئت‌وزیران به‌عنوان مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، آموزش دانشگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی به‌عنوان توانمندسازی و بسترسازی محیطی و راه‌اندازی سامانه سیب مربوط به حوزه مراکز بهداشتی و درمانی پس از ابلاغ وزیر بهداشت در مورد الزام استفاده از این سامانه عنوان شد. همچنین سامانه سیب تا پایان شهریور سال ۱۳۹۶ حدود ۶۵ میلیون نفر ثبت اطلاعات شده است و ۳۰ میلیون نفر ویزیت پایه انجام شده است.

چالش‌های اجرا

چالش‌های اجرایی شدن ماده قانونی به شرح زیر است:

۱. سامانه سیب در بسیاری از روستاها قابل‌دسترس نیست و اگر هم باشد پایدار نیست و اکثراً با قطعی مواجه هستند.
۲. ثبت اطلاعات بیمار در سامانه زمان‌بر است درحالی‌که به دلیل بار مراجعه زیاد بیماران، بسیاری از پزشکان حتی زمان کافی برای ویزیت بیماران ندارند.
۳. وارد نکردن اطلاعات صحیح از سوی پزشکان در سامانه سیب از دیگر موارد تهدیدکننده این طرح است چراکه برخی پزشکان به دلیل کمبود وقت یا اطلاعات صحیحی را وارد سیستم نمی‌کنند و اگر هم وارد کنند به‌صورت کامل نیست که این موضوع خود به‌تنهایی تهدید جدی برای این طرح محسوب می‌شود.

بند ب ماده ۳۵

ماده قانونی

وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای حداکثر ظرف دو سال اول برنامه خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی می‌نماید

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمسیون بهداشت و درمان، وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت

ضرورت

توسعه نظام بیمه سلامت کشور یکی از مهم‌ترین فرامین مورد تأکید در سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، قانون برنامه پنجم توسعه و یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایران می‌باشد.

کاربر نهایی ماده قانونی

دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی، ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. میزان ساماندهی خدمات بیمه سلامت وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به صورت یکپارچه در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان

دستاوردهای ماده قانونی

۱. تصویب و ابلاغ بسته اجرایی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی موضوع ماده (۲۱۷)
۲. اساسنامه سازمان بیمه سلامت

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند ب ماده ۳۵ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۱۰٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۶/۲۵٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۶٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۳/۷۵٪

علیرغم تصویب و ابلاغ بسته اجرایی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی موضوع ماده (۲۱۷) و درج این ماده قانونی در این بسته و اساسنامه سازمان بیمه سلامت، سامانه «پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان» راه‌اندازی نشده است.

چالش‌های اجرا

عدم همکاری سازمان‌هایی مثل ثبت‌احوال و سازمان نظام پزشکی در تبادل اطلاعات لازم از چالش‌های اجرای برنامه بود.

بند الف ماده ۳۶**ماده قانونی**

به پزشکانی که در مناطق کمتر توسعه یافته به طور مستمر و حداقل دو سال متوالی در سامانه «خدمات جامع و هماهنگی سلامت» انجام وظیفه نمایند به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید معاونت تسهیلات ویژه علاوه بر موارد موجود قانونی در مدت خدمت در مناطق یادشده پرداخت می شود

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، وزارت بهداشت، پزشکان

ضرورت

ارتقای عدالت در دسترسی و بهره مندی مردم به خدمات سلامت در مناطق محروم، کاهش پرداخت از جیب مردم، ساماندهی مناسب تر نظام ارجاع در سطح تخصصی و فوق تخصصی مناطق کمتر توسعه یافته، حذف پرداخت غیررسمی در این مناطق، اجرای صحیح نظام سطح بندی در بخش نیروی انسانی و خدمات سرپایی و بستری

کاربر نهایی ماده قانونی

پزشکان، مدیریت توزیع نیروی انسانی

شاخص های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. پرداخت تسهیلات ویژه برای پزشکان فعال در مناطق کمتر توسعه یافته

دستاوردهای ماده قانونی

۱. تدوین بسته خدمت حداقلی و فرم قرارداد فوق العاده ویژه ماندگاری پزشکان شاغل در مناطق محروم
۲. نسخه اجرایی مجموعه دستورالعمل های برنامه تحول نظام سلامت
۳. ۵۷۳۵ پزشک در ۳۳۸ بیمارستان در ۳۰۱ شهر در مناطق محروم، وارد این برنامه شده اند.
۴. تمام وقتی جغرافیایی متخصصین از ۵٪، پیش از اجرای برنامه به ۱۰۰٪ در حال حاضر افزایش یافته است.
۵. کاهش تأخیر در پرداخت کارانه به پزشکان و پرداخت های تشویقی با تأخیر کمتر در مناطق محروم کشور
۶. تعداد اعمال جراحی در مناطق محروم پس از اجرای برنامه ماندگاری حدود دو برابر افزایش یافته است که این افزایش قابل توجه نشان دهنده موفقیت و اهمیت اجرای این برنامه است. این افزایش در مورد تعداد ویزیت نیز صدق می کند.
۷. اجرای این برنامه، بیماران ساکن در مناطق محروم و دورافتاده کشور را قادر ساخت تا به جای پرداخت تعرفه ای در حدود ۳۰۰۰۰۰ تومان در مطب پزشکان و پرداخت هزینه های غیرمستقیم جهت حمل و نقل و مسافرت به شهرهای بزرگ، با پرداخت هزینه ای در حدود ۳۰۰۰ تومان در کلینیک ویژه بیمارستان و در نزدیک ترین محل به سکونت خود، خدمت تخصصی مورد نیاز را دریافت کنند. به عبارت دیگر، مردم مناطق محروم کشور با پرداخت فرانشیز ناچیز می توانند خدمات درمانی مورد نیاز را در شهر/شهرستان محل سکونت

خود و بدون نیاز به ارجاع به بخش خصوصی و مرکز استان دریافت کنند و این موضوع سبب کاهش قابل توجه پرداخت از جیب مردم شده است.

۸. از دیدگاه پزشکان نیز این برنامه رضایت‌بخش بوده است. بر اساس سنجش میزان رضایت پزشکان مشمول این برنامه که به صورت برون‌سازمانی و کاملاً مستقل، توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت در پایان سه ماهه نخست اجرای این برنامه صورت گرفته است، نشان می‌دهد که ۴۲/۵٪ از پزشکانی که وارد برنامه ماندگاری شده‌اند، از اجرای این برنامه رضایت دارند و خواستار ادامه فعالیت خود در مناطق محروم هستند.

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند الف ماده ۳۶ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۹۰٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۵۴٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۸۶٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۵۱/۶٪

از دلایل پیشرفت این بند، تدوین بسته خدمت حداقلی و فرم قرارداد فوق‌العاده ویژه ماندگاری پزشکان شاغل در مناطق محروم، نسخه اجرایی مجموعه دستورالعمل‌های برنامه تحول نظام سلامت، افزایش تمام وقتی جغرافیایی متخصصین، کاهش تأخیر در پرداخت کارانه به پزشکان و پرداخت‌های تشویقی با تأخیر کمتر در مناطق محروم کشور و رضایت نسبی پزشکان در مناطق محروم عنوان شد. موانع اجرای این بند قانونی شامل تأمین اعتبار جهت پرداخت به پزشکان، به‌روز نبودن پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌گر پایه با اولویت نقاط محروم، مشارکت ناکافی مسئولین محلی در تصمیم‌گیری مرتبط با حضور و ماندگاری پزشکان در نقاط محروم و نیاز به تجهیز مراکز درمانی مناطق محروم بود.

چالش‌های اجرا

این برنامه با چالش‌هایی مواجه است که شامل موارد زیر است:

۱. تأمین اعتبار جهت پرداخت به پزشکان
۲. به‌روز نبودن پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌گر پایه با اولویت نقاط محروم
۳. مشارکت ناکافی مسئولین محلی در تصمیم‌گیری مرتبط با حضور و ماندگاری پزشکان در نقاط محروم
۴. نیاز به تجهیز مراکز درمانی مناطق محروم

بند ب ماده ۳۶**عنوان ماده قانونی**

سیاست گذاری، برنامه ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می گردد.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، وزارت بهداشت، بیمه ها

ضرورت

تولیت نظام سلامت شامل سیاست گذاری اجرایی، برنامه ریزی های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت باید در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز گردد.

کاربر نهایی ماده قانونی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شاخص های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

تمرکز سیاست گذاری، برنامه ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دستاوردهای ماده قانونی

۱. سیاست های کلی ابلاغ مقام معظم رهبری، ایجاد واحد سیاست گذاری سلامت و دبیرخانه آن در وزارت بهداشت، راه اندازی معاونت برنامه ریزی و سیاست گذاری در وزارت متبوع، مصوبه هیئت امنای برای شکل گیری واحدهای دبیرخانه سیاست گذاری و کارگروه ساغ استان ها
۲. آموزش دبیران کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی
۳. وجود دبیرخانه های کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ها

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند ب ماده ۳۶ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۱۰۰٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۷۰٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۱۰۰٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۷۰٪

از دلایل پیشرفت این بند، سیاست های کلی ابلاغ مقام معظم رهبری، ایجاد واحد سیاست گذاری سلامت و دبیرخانه آن در وزارت بهداشت، راه اندازی معاونت برنامه ریزی و سیاست گذاری در وزارت متبوع، مصوبه هیئت امنای برای شکل گیری واحدهای دبیرخانه سیاست گذاری و کارگروه ساغ استان ها به عنوان مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، آموزش دبیران کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی به عنوان توانمندسازی و بسترسازی محیطی و

وجود دبیرخانه‌های کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها به‌عنوان اجرای ستادی و نتایج محیطی عنوان شد.

بند الف ماده ۳۷

ماده قانونی

فهرست اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوءمصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درصد عوارض برای این کالاها در ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسؤولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارائی، بازرگانی، رفاه و تأمین اجتماعی و صنایع و معادن و معاونت تعیین و ابلاغ می‌شود.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، وزارت بهداشت، وزارت اقتصادی و دارایی، وزارت صنعت، معدن و تجارت، وزارت رفاه

ضرورت

در حال حاضر بیماری‌های قلبی عروقی به‌عنوان یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر و ناتوانی انسان‌ها در سراسر جهان مطرح است و مصرف چربی‌ها و نمک در ایجاد این بیماری‌ها و مرگ ناشی از آن، نقش اصلی را ایفا می‌نمایند؛ بنابراین کالاهایی که از این نظر برای سلامتی آسیب‌رسان است باید طی فهرستی تعیین و اطلاع‌رسانی گردد. در ضمن به‌منظور کاهش تولید، برای آن‌ها عوارض تعیین شود.

کاربر نهایی ماده قانونی

۱. مدیریت تأمین مالی وزارت بهداشت
۲. عموم تولیدکنندگان و کارفرمایان

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. تعیین فهرست اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوءمصرف
۲. تعیین درصد عوارض برای کالاهای آسیب‌رسان به سلامت

دستاوردهای ماده قانونی

۱. تشکیل کمیته اجرایی بند الف و ج ماده ۳۷ برنامه پنجم
۲. مکاتبات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارائی، بازرگانی، رفاه و تأمین اجتماعی و صنایع و معادن و همچنین معاونت باهدف معرفی نماینده از دستگاه‌های فوق
۳. ابلاغ عضویت نمایندگان دستگاه‌ها در کارگروه موضوع بند الف ماده ۳۷
۴. تشکیل کارگروه علمی و اجرایی ماده ۳۷
۵. مکاتبات وزارت بهداشت پیرامون ابلاغ این فهرست در ابتدای هر سال به رسانه‌ها (سال‌های ۱۳۹۰، ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲)

۶. تعیین فهرست اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوءمصرف
۷. به‌روزرسانی فهرست اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوءمصرف
۸. تدوین آیین‌نامه اخذ عوارض کالاهای آسیب‌رسان به سلامت
۹. پیگیری مستمر دبیرخانه ماده ۳۷ در تشکیل جلسات با ذی‌نفعان تحت مدیریت پیگیر بیماری‌های غیر واگیر و تأکید مقام محترم وزارت
۱۰. تشکیل کارگروه و ارزیابی فرآورده‌ها
۱۱. تهیه لیست کالاهای آسیب‌رسان مشتمل بر ۷ دسته و ۴۰ نوع کالایی آسیب‌رسان شامل:
 - ۱- فرآورده‌های گوشتی و غذاهای آماده مصرف
 - ۲- فرآورده‌های لبنی
 - ۳- فرآورده‌های شور
 - ۴- فرآورده‌های چربی و روغن و یا دارای چربی و روغن قالب
 - ۵- فرآورده‌های شیرین
 - ۶- روغن
 - ۷- مواد اولیه
۱۲. طراحی سامانه طرح "برچسب کنترل اصالت و سلامت کالا"
۱۳. تشکیل کمیته اصالت و سلامت
۱۴. تهیه روش کار و راهنمای اقدام از طریق کمیته اصالت تهیه و ارائه شده است
۱۵. اجرای طرح کنترل اصالت و سلامت فرآورده‌های سلامت‌محور شامل الصاق پانصد میلیون برچسب جهت ره‌گیری اصالت و سلامت کالاهای سلامت‌محور وارداتی در راستای جلوگیری از قاچاق و تقلب کالاهای مورد هدف
۱۶. تهیه و اجرای طرح مبارزه با پدیده قاچاق کالاهای آرایشی بهداشتی و خوراکی، آشامیدنی تقلبی زمینه نظارت مردمی بر کالاهای مصرفی را فراهم نموده و با تکمیل طرح در اجرا شاهد کاهش صدمات ناشی از مصرف مواد و فرآورده‌های قاچاق و تقلبی در سطح جامعه خواهیم بود. از جمله توانایی طرح می‌توان به بررسی و کنترل عوارض ناخواسته مصرف فرآورده‌ها و همچنین صحت‌وسقم گزارشات دریافت در مورد عوارض جانبی مصرف موارد فرآورده‌های آرایشی - بهداشتی و خوراکی، آشامیدنی اشاره نمود و از طرفی اطلاعات دقیقی در خصوص میزان و گستردگی مصرف مواد آرایشی بهداشتی در اختیار محققین و برنامه‌ریزان کشور قرار خواهد داد.
۱۷. برگزاری جلسات کارشناسی درون‌سازمانی برای تدوین پیش‌نویس فهرست داروها
۱۸. تشکیل کارگروه متشکل از اعضای مقرر در ماده ۳۷ برنامه پنجم
۱۹. بررسی فهرست پیشنهادی و تصویب فهرست
۲۰. تهیه لیست داروهای باقابلیت سوءمصرف نظیر روان‌گردان‌ها، مکمل‌ها، داروهای اعتیادآور

۲۱. با طرح الحاق برخی از مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب سال ۱۳۸۰، (طرح الحاقی ۵) درصد عوارض تا سقف (حداکثر ده درصد ارزش کالا) تعیین گردید که با عوارض تعیین‌شده توسط کارگروه مغایرت دارد

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند الف ماده ۳۷ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۶۳%

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۴۱%

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۵۷%

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۳۷%

از دلایل پیشرفت این بند، تدوین آیین‌نامه اخذ عوارض کالاهای آسیب‌رسان به سلامت، تشکیل کمیته اجرایی بند الف و ج ماده ۳۷ برنامه پنجم، تشکیل دبیرخانه ماده ۳۷ برنامه پنجم توسعه در مدیریت غیر واگیر، تدوین، به‌روزرسانی و ابلاغ فهرست اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء‌مصرف عنوان شد. صاحب‌نظران موانع اجرای برنامه را عدم اتفاق نظر نمایندگان صنایع با کارکنان وزارت بهداشت در مورد فهرست کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و عدم اتفاق نظر کمیته اجرایی در مورد میزان عوارض پیشنهادی جهت کالاهای آسیب‌رسان می‌دانستند.

چالش‌های اجرا

چالش‌های اجرایی شدن ماده قانونی شامل موارد زیر بود:

۱. عدم اتفاق نظر نمایندگان صنایع با کارکنان وزارت بهداشت در مورد فهرست کالاهای آسیب‌رسان به سلامت
۲. عدم اتفاق نظر کمیته اجرایی در مورد میزان عوارض پیشنهادی جهت کالاهای آسیب‌رسان

بند ب ماده ۳۷**ماده قانونی**

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدامات لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی و همچنین در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد. برای تأمین بخشی از منابع لازم جهت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به مصدومین فوق معادل ده درصد (۱۰٪) از حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد از شرکت‌های بیمه تجاری اخذ و به‌طور مستقیم طی قبض جداگانه به حساب درآمدهای اختصاصی نزد خزانه‌داری کل کشور به نام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌گردد. توزیع این منابع توسط وزارتخانه مذکور با تأیید معاونت، بر اساس عملکرد واحدهای فوق‌الذکر بر مبنای تعرفه‌های مصوب هر سه ماه یک‌بار صورت می‌گیرد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است هزینه کرد اعتبارات مذکور را هر شش ماه یک‌بار به بیمه مرکزی و معاونت گزارش نماید.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و درمان، وزارت بهداشت، بیمه‌های تجاری

ضرورت

از جمله مشکلات مصدومان تصادفی تأمین هزینه‌های درمانی ناشی از آسیب دیدن آن‌ها در سوانح رانندگی درون شهری و برون شهری می‌باشد.

کاربر نهایی ماده قانونی

مصدومین حوادث و سوانح رانندگی، مراکز بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. الزام به درمان رایگان مصدومین سوانح و حوادث ترافیکی بر اساس مصوب دولتی
۲. درمان رایگان مصدومین سوانح و حوادث ترافیکی در سراسر کشور
۳. اعزام مصدوم ترافیکی
۴. پذیرش و درمان مطابق دستورالعمل

دستاوردهای ماده قانونی

۱. تدوین و بازنگری دستورالعمل اجرایی ماده قانونی مذکور با تکیه بر رضایتمندی کامل مصدومین و تأمین کلیه ارقام و لوازم مورد نیاز در محل بیمارستان و ابلاغ به کلیه مبادی ذی‌ربط به‌ویژه بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی کشور
۲. وصول ۱۰٪ حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکت‌های بیمه تجاری و واریز به حساب درآمدی اختصاصی وزارت بهداشت و پرداخت هزینه‌های درمان کلیه مصدومان

۳. در سال مالی ۱۳۹۲ مبلغ ۹,۹۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال در قانون بودجه پیش‌بینی شده است. از محل این اعتبار مبلغ ۷,۴۴۲,۹۰۷ میلیون ریال جذب و در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی جهت درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی قرار گرفته است.
۴. برگزاری سومین گرامیداشت دهه ایمنی راه‌ها با حضور کلیه متولیان ایمنی کاهش ۵,۷٪ فوت ناشی از حوادث ترافیکی
۵. افزایش پوشش اورژانس پیش بیمارستانی به پوشش جاری ۵۶٪
۶. انعقاد پروژه محاسبه هزینه حوادث ترافیکی از منظر سلامت (با همکاری سازمان جهانی بهداشت)
۷. افزایش تعداد مأموریت‌های اورژانس پیش بیمارستانی به میزان ۰,۶٪ (تعداد مأموریت‌های یک‌ساله: ۲۳۳۶۲۸۵ راه‌اندازی ۲۵ پایگاه امدادی (۲۰۸۸ پایگاه، ۸۱۲ پایگاه شهری، ۱۲۷۶ جاده‌ای)

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند ب ماده ۳۷ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۸۱٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۵۶/۷٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۷۳٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۵۱٪

از دلایل پیشرفت این بند، تدوین و بازنگری دستورالعمل اجرایی ماده قانونی مذکور به‌عنوان مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، افزایش پوشش اورژانس پیش بیمارستانی، انعقاد پروژه محاسبه هزینه حوادث ترافیکی از منظر سلامت، افزایش تعداد مأموریت‌های اورژانس پیش بیمارستانی، برگزاری سومین گرامیداشت دهه ایمنی راه‌ها با حضور کلیه متولیان ایمنی به‌عنوان فعالیت‌های بستر ساز عنوان شد. به دلیل تأخیر و یا عدم واريز به‌موقع سهم وزارت بهداشت توسط بیمه‌های تجاری صاحب‌نظران اجرای ستادی و نتایج محیطی را کامل نمی‌دانستند.

چالش‌های اجرا

تأخیر و یا عدم واريز به‌موقع سهم وزارت بهداشت توسط بیمه‌های تجاری، از چالش‌های اجرای برنامه است.

بند ج ماده ۳۷**ماده قانونی**

تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت که مصادیق آن سالانه توسط کارگروه موضوع بند(الف) این ماده تعیین و اعلام می‌شود از سوی کلیه رسانه‌ها ممنوع است.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و درمان، کمیسیون فرهنگی، وزارت بهداشت، رسانه‌های دیداری و شنوایی

ضرورت

رسانه‌ها به شدت بر رفتار مصرف و خرید افراد و شکل‌دهی الگوی غذایی آن‌ها تأثیرگذار می‌باشند و بی‌شک، عدم تبلیغ خوراکی‌ها می‌تواند باعث کاهش استقبال مردم از این مواد و بیماری‌های مرتبط با آن‌ها گردد.

کاربر نهایی ماده قانونی

مردم، رسانه‌ها

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. اعمال ممنوعیت تبلیغات خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت

دستاوردهای ماده قانونی

۱. مانیتورینگ مقطعی کالاها و خدمات سلامت از شبکه‌های تلویزیونی
۲. فاز مطالعاتی برنامه با بررسی قوانین و مقررات کنترل هدفمند تبلیغات رسانه‌ای سایر کشورها در خصوص تبلیغات مواد آسیب‌رسان به سلامت انجام شد تا بتوان از تجارب موفق سایر کشورها در این زمینه استفاده گردد.
۳. جهت دستیابی به راهکارهای اجرایی و مبتنی بر شرایط کشور، جلساتی با اعضای شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، امور مجلس وزارت بهداشت و اعضای هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران برگزار گردید.
۴. انجام مکاتبات با دفتر حقوقی جهت انجام پیگیری‌های لازم با مراجع قضایی برای اختصاص یکی از شعب قضایی برای دعاوی مربوط به ماده قانونی
۵. تهیه و تدوین طرح قانونی منع تبلیغات و معرفی محصولات و خدمات غیرمجاز و آسیب‌رسان به سلامت در فضاهای مجازی و شبکه‌های ماهواره‌ای به مجلس شورای اسلامی جهت تصویب
۶. اعلام به مراجع قانونی درباره ممنوعیت تبلیغ دارو در رسانه‌ها
۷. اعلام موضوع به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور برای برخورد با خاطیان
۸. برگزاری جلسات متعدد با شورای سیاست‌گذاری سلامت صداوسیما
۹. برگزاری کارگاه‌های کشوری و استانی
۱۰. اطلاع‌رسانی در خصوص فرآورده‌های و کالاهای غیرمجاز

۱۱. انجام بیش از ۱۶۰۰ مورد بازرسی از شرکت‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی منجر به تعطیلی، ارسال به دادسرا مورد، تذکر و اخطار کتبی مورد، ارسال به تعزیرات
۱۲. کنترل و نظارت بیشتر بر سیستم توزیع و عرضه داروهای مرتبط با سوءمصرف
۱۳. انجام آموزش‌های مردمی رسانه‌ای و مکتوب ویژه گروه‌های سنی در معرض خطر جوانان دانش‌آموزان و تهیه بسته‌های آموزشی مرتبط

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند ج ماده ۳۷ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۶۶٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۵۲/۸٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۵۰٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۴۰٪

از دلایل پیشرفت نسبی این بند، تدوین آیین‌نامه تعیین میزان جرائم تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت در مرحله مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، تشکیل کمیته اجرایی بند الف و ج ماده ۳۷ برنامه پنجم، تشکیل دبیرخانه اجرای ماده ۳۷ برنامه پنجم توسعه در مدیریت غیر واگیر وزارت بهداشت، مانیتورینگ مقطعی کالاها و خدمات سلامت از شبکه‌های تلویزیونی، برگزاری کارگاه‌های آموزشی استانی، انجام مکاتبات و برگزاری جلسات با ذینفعان مرتبط عنوان شد. ولی علیرغم تلاش‌های مذکور به دلیل درآمد ناشی از تبلیغات این کالاها برای رسانه‌ها و عدم همراهی ذینفعان این بند در اجرای محیطی توفیقی حاصل نمود.

چالش‌های اجرا

درآمد ناشی از تبلیغات این کالاها برای رسانه‌ها و عدم مشارکت ذینفعان جهت اجرای بند قانونی این بند، از چالش‌های اجرای این بند قانونی می‌باشد.

بند الف ماده ۳۸**عنوان ماده قانونی**

دولت مکلف است سازوکارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ نموده و زمینه‌های لازم را در قالب بودجه‌های سنواتی برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه فراهم نماید.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

وزارت بهداشت، وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی، سازمان (صندوق) تأمین اجتماعی، سازمان نظام پزشکی، شورای عالی بیمه سلامت، معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری، سازمان بیمه سلامت ایران، مجلس شورای اسلامی، کمیته امداد امام خمینی، سازمان بیمه درمانی نیروهای مسلح، سازمان‌های بیمه‌گر مختلف شامل بیمه‌های تجاری.

ضرورت

بر اساس طرح پوشش بیمه همگانی و اجباری رایگان، افرادی که تحت پوشش هیچ‌یک از بیمه‌های پایه سلامت یا درمان نیستند بدون پرداخت حق بیمه تحت پوشش قرار می‌گیرند.

کاربر نهایی ماده قانونی

افراد فاقد بیمه

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. تعیین و ابلاغ سازوکارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت
۲. میزان فراهم نمودن زمینه‌های لازم در قالب بودجه‌های سنواتی برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه

دستاوردهای ماده قانونی

۱. تهیه و تصویب دستورالعمل پیشنهادی برای پوشش همگانی و اجباری بیمه پایه سلامت با مشارکت این سایر ذینفعان در شورای عالی بیمه در سال ۱۳۹۲
۲. ارسال دستورالعمل پیشنهادی جهت طی مراحل قانونی به دبیرخانه هیئت دولت
۳. بیمه شدن جمعیت فاقد پوشش کشور و ایجاد یک چتر حمایتی با یک بیمه حداقلی برای همه مردم (تقریباً ۹ میلیون نفر)

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند الف ماده ۳۸ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۷۰٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۵۵٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۶۸٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۵۲/۷٪

از دلایل پیشرفت این بند، تهیه و تصویب دستورالعمل پیشنهادی برای پوشش همگانی و اجباری بیمه پایه سلامت و ارسال دستورالعمل پیشنهادی جهت طی مراحل قانونی به دبیرخانه هیئت دولت در سطح مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا و بیمه شدن تقریباً ۹ میلیون نفر جمعیت فاقد پوشش بیمه در کشور در مرحله اجرای ستادی و نتایج محیطی عنوان شد ولی علیرغم جلسات هماهنگی کشوری به دلیل زیرساخت‌های نرم‌افزاری نامناسب، مقاومت نسبت به تغییر سیستم و مشارکت ناکافی ذینفعان، مرحله توانمندسازی و بسترسازی محیطی کافی ارزیابی نشد. همچنین به دلیل وجود هم‌پوشانی‌ها و عدم ارزیابی وسع مالی صاحب‌نظران نتایج محیطی و عملیاتی را کامل نمی‌دانستند.

چالش‌های اجرا

اجرای این بند از قانون با چالش‌هایی مواجه بود که به‌قرار زیر است:

۱. عدم شفافیت دولت و نهادهای ذی‌ربط و مرتبط در تعریف ماده قانونی
۲. تمرکز بند الف بر بیمه همگانی بدون تأکید بر "سازمان بیمه سلامت ایران"
۳. زیرساخت نرم‌افزاری
۴. عدم ارزیابی وسع مالی افراد
۵. عدم رفع هم‌پوشانی‌ها
۶. رایگان بیمه کردن مردم
۷. تداوم بیمه رایگان برای جمعیت تحت پوشش
۸. نبود سازوکار اجرایی مطمئن برای اجبار افراد به پوشش بیمه پایه

بند ب ماده ۳۸

عنوان ماده قانونی: به دولت اجازه داده می‌شود بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید. تشکیلات جدید «سازمان بیمه سلامت ایران» نامیده می‌شود. کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می‌شود.

ذینفعان استقرار ماده قانونی: کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت ایران
ضرورت: ایجاد سازمانی واحد، پوشش بیمه گسترش پیدا کرده و اختلاف بین سازمان‌ها و بیمه‌شده‌های مختلف از بین می‌رود، زیرا از این طریق منابع یکجا شده، اثربخشی بالا رفته و هزینه‌های اجرایی کم می‌شود و درنهایت یک پاسخگو در این حوزه وجود خواهد داشت.

کاربر نهایی ماده قانونی: دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی، سازمان‌های بیمه‌گر، ارائه‌کنندگان خدمات

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران

دستاوردهای ماده قانونی

۱. تصویب و ابلاغ اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۳۹۰

۲. تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران در تاریخ اول مهرماه سال ۹۱ و تسری در سطح استان‌ها

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند ب ماده ۳۸ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۷۶٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۵۱/۳٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۶۵٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۴۴٪

از دلایل پیشرفت این بند، تصویب و ابلاغ اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران در تاریخ اول مهرماه سال ۹۱ و تسری در سطح استان‌ها و چالش اصلی عدم ادغام کلیه صندوق‌های بیمه‌ای عنوان شد.

چالش‌های اجرا

اجرای این بند از قانون با چالش‌هایی مواجه بود که به‌قرار زیر است:

۱. لایحه قانونی شورای عالی بیمه سلامت تاکنون به تصویب مجلس شورای اسلامی نرسیده و عملاً امکان تشکیل شورای عالی بیمه سلامت را سلب نموده است.

۲. پس از ادغام وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در وزارت کار حوزه سیاست‌گذاری بیمه‌های اجتماعی کشور بسیار تضعیف گردیده است.
۳. کماکان صندوق‌های انباشت و توزیع ریسک در نظام بیمه پایه سلامت کشور پراکنده‌اند و به سبب پراکندگی توزیع منابع مالی نظام سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر پایه و وزارت بهداشت، امکان مدیریت بهینه منابع مالی نظام سلامت با سازوکار بیمه‌ای وجود ندارد.

بند ج ماده ۳۸

عنوان ماده قانونی

به دولت اجازه داده می‌شود متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده خدمات بیمه پایه سلامت را برای عموم افراد کشور به صورت یکسان تعریف و تا پایان برنامه به تدریج اجرا نماید.

ذینفعان استقرار ماده قانونی: وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت، پزشکان خانواده و متخصص

ضرورت

با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، دولت موظف شد تا شرایط لازم برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه را که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند فراهم نماید و کلیه بیمارستان‌های کشور نیز موظف شدند تا نسبت به پذیرش و مداوای بیمه‌شدگان و ارائه مراقبت‌های پزشکی بر اساس این قانون اقدام نمایند. بیمه‌های پایه اصلی کشور شامل بیمه تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، بیمه درمانی نیروهای مسلح و بیمه کمیته امداد امام خمینی (ره) هستند که زیر نظر وزارت رفاه و تأمین اجتماعی فعالیت می‌کنند و هرکدام افراد و گروه‌هایی از جامعه را تحت پوشش قرار دارند و دولت نیز سهمی متفاوت در تأمین مالی هر یک دارد. هم‌اکنون تقریباً بیشتر بیمارستان‌های کشور با این بیمه‌های پایه طرف قرارداد هستند. بیمه‌ی سلامت یک راهکار مالی برای تجهیز صندوق‌ها و یک کاسه کردن خطرات است. صندوق‌های جدید تجهیز شده باید برای فقرا و افراد کم‌درآمد تخصیص یابند تا دسترسی مالی این افراد نیز به خدمات بهداشتی-درمانی میسر شود.

کاربر نهایی ماده قانونی

عموم مردم

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. تبیین تعریف خدمات بیمه پایه سلامت متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده
۲. اجرای خدمات بیمه پایه سلامت متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده

دستاوردهای ماده قانونی

۱. تعریف (تدوین) بسته بیمه پایه سلامت کشور طبق قوانین برنامه پنجم و بیمه همگانی با پیشنهاد این وزارت در جلسه ۴۹ شورای عالی بیمه در سال ۱۳۹۲ تأیید و جهت ابلاغ به هیئت محترم وزیران ارسال

- گردیده این بسته که با اصلاحات صورت گرفته بر روی بسته مصوب ۱۳۸۶ شورای عالی بیمه تهیه شده پس از ابلاغ اجرای آن برای آحاد جمعیت کشور توسط سازمان‌های بیمه‌گر الزامی خواهد بود.
۲. تقریباً بالای ۹۵٪ خدمات در کشور جزء بسته بیمه پایه است و تقریباً هر خدمتی که در کشور است، پوشش داده می‌شود
۳. ایجاد وحدت رویه بین سازمان‌های بیمه‌گر پایه و اقدام جهت یکسان کردن بسته پایه خدمات
۴. اتفاق نظر وزارت بهداشت و سازمان بیمه در اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع و شروع کار در دو استان فارس و مازندران

میزان پیشرفت کمی

- میزان پیشرفت بند ج ماده ۳۸ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:
- وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۵۳٪
- وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۳۹/۹٪
- وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۴۴٪
- وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۳۳٪
- از دلایل پیشرفت نسبی این بند، تعریف و تدوین بسته بیمه پایه سلامت کشور و پوشش گسترده خدمات آن و ایجاد وحدت رویه بین سازمان‌های بیمه‌گر پایه و اقدام جهت یکسان کردن بسته پایه خدمات عنوان شد؛ و موانع پیشبرد این بند، عدم توجه به معیارهای اولویت‌گذاری، مخاطب شناسی، بار بیماری‌ها، مرگ‌ومیر، تأمین منابع و ارزش اقتصادی خدمات، نظام پرداخت و روش خرید خدمت و عدم تعریف بسته بیمه پایه متناسب با منابع در اختیار و نیز اجرای نامناسب پزشک خانواده و نظام ارجاع در دو استان فارس و مازندران عنوان گردید.

چالش‌های اجرا

- اجرای این بند از قانون با چالش‌هایی مواجه بود که به‌قرار زیر است:
۱. بسته پایه ما با بسته تأمین اجتماعی یا سایر سازمان‌های بیمه‌گر سطح خدمات متفاوت است.
 ۲. شکاف بین اهداف دو وزارت خانه رفاه و بهداشت
 ۳. بسته بیمه پایه خیلی گسترده‌تر است. خدمات به‌صورت هزینه اثربخش دیده نشده است. خیلی از خدماتی که الان هست قاعداً باید به بیمه تکمیلی منتقل می‌شد.
 ۴. علاوه بر ابهامات مطروحه بند الف عدم تصریح ماده قانونی بر تکلیف دولت در این زمینه و اجازه دادن به دولت (دولت می‌تواند از انجام سر باز زند و مطرح کند که نخواسته از اجازه داده‌شده استفاده نماید).
 ۵. وزارت بهداشت به‌جای اینکه بسته خدمات را تعریف کند خود متولی بسته بیمه پایه شده است.
 ۶. نظام ارجاع و پزشک خانواده بر اساس برنامه اجرانشده است و در حال حاضر متوقف است. گره زدن ایجاد بیمه به استقرار مناسب برنامه پزشک خانواده با توجه به ابهامات این برنامه، امکان پایش در این زمینه را می‌ستاند.
 ۷. ایجاد بیمه پایه برای عموم کشور با جداسازی افراد تحت پوشش تأمین اجتماعی در سایر بندها متناقض است

۸. انتخاب نامناسب دو استان فارس و مازندران و عدم اجرای یکسان برنامه در این دو استان
۹. ثبت اطلاعات و پیگیری نظام ارجاع مطلوب نبوده و درصد ارجاع گزارش شده بیانگر میزان واقعی ارجاع نیست و دوسوم موارد ارجاع به سطح ۲ با اصرار و درخواست بیمار انجام می‌شود.

بند د ماده ۳۸

عنوان ماده قانونی

دستگاه‌های اجرائی مکلف‌اند حق بیمه پایه سلامت سهم کارمندان، بازنشستگان و موظفین را از حقوق ماهانه کسر و حداکثر ظرف مدت یک ماه به حساب سازمان بیمه سلامت ایران واریز نمایند.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کلیه دستگاه‌های دولتی، سازمان بیمه سلامت ایران، کارمندان، بازنشستگان
ضرورت: یکی از بهترین و پایدارترین راه‌های افزایش درآمد سازمان‌های بیمه‌گر دریافت حق بیمه می‌باشد و لازم است از همه بیمه‌شده‌ها حق بیمه متناسب با درآمدشان دریافت شود.

کاربر نهایی ماده قانونی

افراد بیمه‌شده، سازمان‌های بیمه‌گر

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. میزان حق بیمه دریافتی بر اساس برآکت‌های حقوق مضمولین قانون کار محاسبه شود.
۲. تعیین آمار روستاییان و عشایر و میزان حق بیمه آنان به تفکیک مناطق مختلف کشور.
۳. تعیین آمار و بار مالی اقشار نیازمند ۱۰۰٪ معاف از پرداخت حق بیمه
۴. میزان واریز حق بیمه پایه سلامت کارکنان و بازنشستگان دستگاه‌های اجرایی به حساب سازمان بیمه سلامت ایران

دستاوردهای ماده قانونی

دریافت حق بیمه به‌عنوان درصدی از حقوق و دستمزد به‌جای یک رقم ثابت با پیشنهاد سازمان بیمه سلامت و پیگیری وزارت بهداشت

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند د ماده ۳۸ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۷۹٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۴۹/۴٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۷۶٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۴۷/۵٪

از دلایل پیشرفت این بند، دریافت حق بیمه به‌عنوان درصدی از حقوق و دستمزد به‌جای یک رقم ثابت که با پیشنهاد سازمان بیمه سلامت و پیگیری وزارت بهداشت همراه بود و از موانع اجرای این بند عدم واریز حق بیمه‌ها توسط برخی از سازمان‌ها در اول هرماه در مرحله اجرای ستادی و نتایج محیطی عنوان شد. صاحب‌نظران به دلیل عدم ثبت درآمدها در کشور جهت دریافت حق بیمه متناسب با درآمد از همه بیمه‌شده‌ها بسترسازی را کامل نمی‌دانستند.

چالش‌های اجرا

اجرای این بند از قانون با چالش‌هایی مواجه بود که به‌قرار زیر است:

۱. نبود درآمد اختصاصی دیگر به‌جز حق بیمه‌ها
۲. برخی از سازمان‌ها حق بیمه‌ها را در اول هرماه نمی‌دهند.
۳. عدم ثبت درآمدها در کشور جهت دریافت حق بیمه متناسب با درآمد از همه بیمه‌شده‌ها
۴. تعریف اقشار نیازمند مشمول ۱۰۰٪ معافیت حق بیمه مشخص نیست
۵. تعریف و برخورداری و یا عدم برخورداری تعداد قابل‌توجهی از روستاییان و بعضاً عشایر که بخش قابل‌توجهی از سال در شهرها زندگی می‌کنند ولی مطابق تعریف در روستاها خانه دارند و همپوشانی ایشان روشن نیست.
۶. منبع درصدهای ذکرشده (۵٪ و ۶٪) و نحوه حصول آن شفاف و مستحضر به شواهد محاسباتی نمی‌باشد.

بند ح ماده ۳۸

عنوان ماده قانونی

به منظور ارتقاء شاخص‌های سلامت و بهداشت در تولید و عرضه مواد غذایی و کاهش تصدیهای دولت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان سیاست‌گذار و ناظر عالی سلامت در کشور می‌تواند با همکاری بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران حداکثر تا پایان سال دوم برنامه، نظام نظارت و بیمه اجباری تضمین کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی در اماکن مربوط را مبتنی بر آموزش و نظارت و بر اساس آئین‌نامه‌ای که پس از تأیید معاونت به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد تدوین و تا پایان برنامه در شهرهای بالای یکصد هزار نفر جمعیت اجرا نماید.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، وزارت بهداشت، بیمه مرکزی جمهوری اسلامی، هیئت‌وزیران

ضرورت: ضروری است که کلیه موازین بهداشتی در تولید، فرآیند، نگهداری و عرضه مواد غذایی رعایت گردد تا مواد غذایی سالم با کیفیت بالای بهداشتی به دست مصرف‌کننده برسد؛ بنابراین علاوه بر سالم بودن غذا، بالا بودن کیفیت مواد غذایی و نظارت بر این کیفیت الزامی می‌باشد.

کاربر نهایی ماده قانونی

مردم، تولیدکنندگان مواد غذایی، عرضه‌کنندگان مواد غذایی

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

تدوین نظام نظارت و بیمه اجباری تضمین کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی

میزان پیشرفت کمی

اجرای بند ح ماده ۳۸، بر اساس هر کدام از ۴ رویکرد صفر برآورد شد.

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 به صورت منظم انجام می‌شود ولی نظام نظارت و بیمه اجباری تضمین کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی تدوین نگردیده است.

چالش‌های اجرا

اجرای این بند از قانون با چالش‌هایی مواجه بود که به قرار زیر است:

۱. در نتیجه برگزاری جلسات متعدد با انجمن صنایع لبنی ایران جهت آنالیز ریسک (خطرات) فرآورده‌های لبنی مشخص گردید مشکل عمده در این صنعت از نظر ایمنی و بهداشتی مربوط به وجود برخی عدم انطباق‌های بهداشتی در شیر خام می‌باشد که ایمنی و کیفیت بخشی از شیر خام تولیدی در کشور بسته به فصل و نوع دامداری‌ها و نوع تغذیه و نحوه شیردوشی و نگهداری بسیار متغیر است.
۲. حمل و نقل و توزیع شیر در شرایط زنجیره سرد در سطح عرضه مهم بوده که عملاً این مرحله از کنترل و نظارت کارخانه‌های لبنی خارج است

بند ز ماده ۳۸**ماده قانونی**

سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح بندی خدمات بر اساس سیاست‌های مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی اقدام نماید. آئین‌نامه اجرائی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ظرف یک سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمسیون بهداشت و درمان، وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت

ضرورت: نظام‌های سلامت باید اطمینان حاصل نمایند که بسته مداخلات سلامتی که ارائه و تأمین مالی می‌نمایند درست سازمان‌دهی شده‌اند. نحوه ارائه مداخلات، در ارتقای پاسخ‌دهی نظام و عادلانه بودن مشارکت مالی آن کمک می‌کند. خرید راهبردی، راهی برای دستیابی به این امر است.

کاربر نهایی ماده قانونی

سازمان‌های بیمه‌گر

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. میزان اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی توسط سازمان بیمه سلامت ایران
۲. تهیه آیین‌نامه اجرائی بند «ز» ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه در خصوص اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت و ارائه آن به هیئت وزیران برای تصویب
۳. تصویب آیین‌نامه اجرائی بند «ز» ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه در خصوص اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت

دستاوردهای ماده قانونی

۱. تدوین آیین‌نامه خرید راهبردی

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند ز ماده ۳۸ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

- وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۱۰٪
- وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۸٪
- وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۶٪
- وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۴/۸٪

از دلایل عدم پیشرفت این بند، عدم تصویب شیوه‌نامه خرید انبوه خدمات، عدم فهرست مدونی از خدمات بیمه پایه سلامت و عدم توانمندسازی و بسترسازی محیطی و عدم اجرای ستادی و نتایج محیطی عنوان شد.

چالش‌های اجرا

اجرای این بند از قانون با چالش‌هایی مواجه بود که به‌قرار زیر است:

۱. عدم اختیار برای خرید متناسب با منابع در اختیار
۲. رویکرد تکلیفی برای خرید خدمات
۳. عدم تصویب شیوه‌نامه خرید انبوه خدمات و کالاهای سلامت و بسته‌های خدمتی هدفمند به‌جز بسته خدمتی بیماران خاص در سایر گروه‌های جمعیتی و بیماری
۴. عدم فهرست مدونی از خدمات بیمه پایه سلامت مبتنی بر اصول و معیارهای علمی نظیر اولویت‌بندی خدمات، سهمیه‌بندی خدمات، فرانشیزهای متغیر، نظام‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد و کیفیت و پرداخت‌های تشویقی

بند و ماده ۳۸

عنوان ماده قانونی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است بدون تحمیل بار مالی جدید، نظارت بر مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت را بر اساس استانداردهای اعتباربخشی مصوب، به مؤسسات در بخش غیردولتی واگذار نماید. به نسبتی که نظارت به مؤسسات مذکور واگذار می‌شود منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آزاد می‌شود. بخشی از منابع مالی آزادشده مذکور در قالب موافقت‌نامه مبادله شده با معاونت به دستگاه قابل پرداخت است.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، وزارت بهداشت، سازمان‌های غیردولتی

ضرورت

تلاش وزارت بهداشت این است که به کمک بخش غیردولتی، نظارت‌ها را گسترش دهد و یک سیستم قوی نظارتی برای ارائه خدمات مناسب و مطلوب به مردم برقرار کند. نظارت بر بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تاکنون توسط وزارت بهداشت انجام می‌شد ولی با توجه به اینکه تعداد مؤسسات، مطب‌ها، پزشکان و آزمایشگاه‌ها در کشور زیاد است برای نظارت بر این مراکز از نظر نیروی انسانی با محدودیت و مشکلات زیادی مواجه هستیم از این‌رو از موسسه‌های غیردولتی استفاده خواهد شد.

کاربر نهایی ماده قانونی

۱. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

شاخص‌های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

میزان واگذاری نظارت بر مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت به بخش غیردولتی

دستاوردهای ماده قانونی

۱. ابلاغ دستورالعمل واگذاری خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت به دانشگاه‌های علوم پزشکی
۲. در حوزه تجهیزات پزشکی سازوکار نظارت بر مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت بر اساس استانداردهای اعتباربخشی مصوب به‌طور کامل تشریح گردید.
۳. تفویض برخی امور به شرکت‌های دارای سیستم‌های مدیریت ایمنی و استقرار نظام کیفیت
۴. تفویض نظارت بر واردات مواد اولیه مصرفی به مسئولین فنی واحدهای تولید فراورده‌های مکمل و غذاهای ویژه
۵. تفویض اختیار ترخیص مواد اولیه از گمرکات سراسر کشور توسط مسئولین فنی شرکت‌های تولیدکننده
۶. در زمینه تجهیزات پزشکی و دندانپزشکی ارزیابی خدمات پس از فروش ۱۰۰۰ شرکت واردکننده و تولیدکننده از طریق برون‌سپاری استفاده از خدمات آزمایشگاهی همکار (در زمینه بررسی کیفی لوازم و تجهیزات پزشکی)
۷. ارتقاء و گسترش فعالیت‌های آزمایشگاه‌های همکار و مجاز

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بند و ماده ۳۸ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می‌باشد:

- وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۳۰٪
 - وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۲۴/۷۵٪
 - وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۲۶٪
 - وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۲۱/۵٪
- از دلایل عدم پیشرفت این بند، اجرای محدود واگذاری و تفویض ناکافی نظارت عنوان شد.

چالش‌های اجرا

- اجرای این بند قانونی با چالش‌های زیر مواجه است:
۱. عدم تعیین دقیق خدماتی که باید برون‌سپاری شود
 ۲. عدم تمایل برخی مدیران بیمارستان به واگذاری خدمات کلینیکی
 ۳. واگذاری بسیار کمتر خدمات بهداشتی درمانی به نسبت خدمات پشتیبانی
 ۴. کم بودن تعداد پیمانکارانی که توانایی ارائه خدمات درمانی را دارند که این امر موجب کاهش سرعت در واگذاری‌ها می‌شود.
 ۵. ضعف در طراحی و تنظیم قراردادها
 ۶. ضعف نظارت بر قراردادها

۷. دخالت در امور اجرایی پیمانکاران
۸. ضعف دانش و توان مدیریتی و تخصصی پیمانکاران
۹. توجه به منافع کوتاه‌مدت در بین پیمانکاران
۱۰. اعتراضات کارگری
۱۱. تفاوت بسیار زیاد شرایط کاری کارکنان رسمی و کارکنان شرکتی

بند ۵ ماده ۳۸

عنوان ماده قانونی

شورای عالی بیمه سلامت مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبنای محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیئت‌وزیران ارائه نماید.

ذینفعان استقرار ماده قانونی

کمیسیون بهداشت و درمان، وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت، شورای عالی بیمه سلامت، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی در بخش‌های دولتی و غیردولتی، هیئت‌وزیران

ضرورت

با توجه به سرعت رشد دانش و مهارت‌های پزشکی، همواره روش‌های درمانی جدیدی معرفی و وارد بازار خدمات سلامت می‌شوند که این مهم، ضرورت بازنگری و بروز رسانی کتاب مذکور را ناگزیر می‌نموده است. سرعت رشد دانش پزشکی در دو بعد پروسیجرهای اصلی و نیز فناوری‌های تشخیصی و درمانی طی سه دهه اخیر چشمگیر بوده و این امر موجب تغییراتی اساسی در مبنای اصلی ارزش‌گذاری خدمات سلامت یعنی: زمان لازم برای ارائه خدمات، ریسک خدمت برای بیمار و ارائه‌دهنده خدمت و نیز میزان استفاده از نیروی ذهنی و فیزیکی ارائه‌دهنده شده است. با توجه به سرعت رشد دانش و مهارت‌های پزشکی، همواره روش‌های درمانی جدیدی معرفی و وارد بازار خدمات سلامت می‌شوند که این مهم، ضرورت بازنگری و بروز رسانی کتاب مذکور را ناگزیر می‌نموده است. طی دو دهه اخیر متأسفانه روح حاکم بر کتاب که مبتنی بر ارزش‌گذاری خدمات به‌گونه‌ای منطقی و علمی بوده خدشه‌دار شده و توازن و تناسب بین‌رشته‌ای و حتی در مواقعی درون رشته‌ای مخدوش شده و برون‌داد آن نیز چیزی جز زیان به آموزش پزشکی و نیز عدم اقبال پزشکان به رشته‌های تخصصی پایه و مادر نبوده است. بی‌توجهی به بخش ارزیابی و مدیریت کتاب مذکور به‌ویژه در خصوص خدماتی مانند ویزیت و مشاوره و دیگر خدمات سرپایی عملاً موجب اغتشاشات قابل‌ملاحظه در بخش سرپایی و درمانگاهی خدمات سلامت شده است. این در حالی است که با نگاهی به بازار خدمات سلامت به‌وضوح مشاهده می‌شود که خدمات سرپایی حدود ۹۵ درصد از بار ارجاع را به خود تخصیص می‌دهد.

کاربر نهایی ماده قانونی

۱. افراد بیمه شده

شاخص های ارزشیابی موفقیت ماده قانونی

۱. بازنگری سالانه ارزش نسبی

۲. تعیین تعرفه خدمات سلامت

دستاوردهای ماده قانونی

بازنگری کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت

میزان پیشرفت کمی

میزان پیشرفت بنده ماده ۳۸ تا پایان برنامه پنجم توسعه، بر اساس تحلیل مستندات، نظر خبرگان و گروه

کارشناسی با چهار رویکرد به شرح زیر می باشد:

وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی: ۸۱٪

وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی: ۵۰/۶٪

وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین: ۷۳٪

وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین: ۴۵/۶٪

اگرچه کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت بازنگری شد ولی صاحب نظران به دلایلی از قبیل

انجام تغییرات محتوایی در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، عدم تناسب ارزش خدمات تخصص های

مختلف پزشکی در کتاب ارزش نسبی خدمات و عدم سطح بندی در کتاب ارزش نسبی اجرای آن را کامل

نمی دانستند.

چالش های اجرا

۱. بازنگری کتاب ارزش نسبی خدمات منجر به افزایش قابل ملاحظه تعرفه ها شد و حوزه بیمه ای به طور

مشخص با تعهداتی مواجه شد که مازاد بر اعتباراتش بود و عملاً سازمان های بیمه گر که منابعشان کفایت

هزینه شان را نداد و با کسری زیادی بعد از طرح تحول مواجه شدند.

۲. انجام تغییرات محتوایی در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت

۳. عدم تناسب ارزش خدمات تخصص های مختلف پزشکی در کتاب ارزش نسبی خدمات

۴. عدم سطح بندی در کتاب ارزش نسبی

جدول ۲ و ۳، درصد پیشرفت بندهای مواد قانونی برنامه پنجم توسعه به تفکیک مراحل نشان می دهد. منظور از

مرحله اول: مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا (سیاست نامه، برنامه، پروژه، گایدلاین و استانداردها و ...) و

ابلاغیه‌های مربوطه، منظور از مرحله دوم: توانمندسازی و بسترسازی محیطی برای اجرای قانون با استفاده از موارد دسته اول و منظور از مرحله سوم: مستندات که عملیات محیطی و نتایج آن را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲) پیشرفت مواد قانونی برنامه پنجم توسعه در بخش سلامت (برای وزن مساوی مراحل اجرا)							
درصد پیشرفت وزن مواد متفاوت	وزن هر ماده قانونی	درصد پیشرفت وزن مواد مساوی	درصد پیشرفت به تفکیک مراحل			ماده قانونی	شماره
			وزن ۰.۳۳	وزن ۰.۳۳	وزن ۰.۳۳		
			سه	دو	یک		
۵۴	۰,۰۲۴	%۹۰	۳۴	۳۳	۲۳	بند الف ماده ۳۲	۱
۴۱/۲۵	۰,۰۲۵	%۶۶	۰	۳۳	۳۳	بند ب ماده ۳۲	۲
۲۵/۵	۰,۰۳۴	%۲۰	۵	۱۵	۱۰	بند ج ماده ۳۲	۳
۳۲/۴	۰,۰۲۷	%۴۸	۰	۱۵	۳۳	بند د ماده ۳۲	۴
۱۲	۰,۰۱۶	%۲۰	۰	۱۰	۲۰	بند الف ماده ۳۴	۵
۵۶	۰,۰۲۸	%۸۰	۲۳	۲۴	۳۳	بند ب ماده ۳۴	۶
۱۲	۰,۰۰۸	%۶۰	۲۰	۲۰	۲۰	بند ج ماده ۳۴	۷
۵۷/۵	۰,۰۲۳	%۱۰۰	۳۴	۳۳	۳۳	بند د ماده ۳۴	۸
۵۵	۰,۰۲۲	%۱۰۰	۳۴	۳۳	۳۳	بند ه ماده ۳۴	۹
۶۴/۸	۰,۰۳۲	%۸۱	۱۵	۳۳	۳۳	بند و ماده ۳۴	۱۰
۶۷/۵	۰,۰۰۳	%۹۰	۲۴	۳۳	۳۳	بند الف ماده ۳۵	۱۱
۶/۲۵	۰,۰۲۵	%۱۰	۰	۰	۱۰	بند ب ماده ۳۵	۱۲
۵۴	۰,۰۲۴	%۹۰	۲۴	۳۳	۳۳	بند الف ماده ۳۶	۱۳
۷۰	۰,۰۲۸	%۱۰۰	۳۴	۳۳	۳۳	بند ب ماده ۳۶	۱۴
۴۱	۰,۰۲۶	%۶۳	۱۵	۱۵	۳۳	بند الف ماده ۳۷	۱۵
۵۶/۷	۰,۰۲۸	%۸۱	۱۵	۳۳	۳۳	بند ب ماده ۳۷	۱۶
۵۲/۸	۰,۰۳۲	%۶۶	۰	۳۳	۳۳	بند ج ماده ۳۷	۱۷
۵۵	۰,۰۳۱	%۷۰	۲۴	۱۳	۳۳	بند الف ماده ۳۸	۱۸
۵۱/۳	۰,۰۲۷	%۷۶	۱۰	۳۳	۳۳	بند ب ماده ۳۸	۱۹
۳۹/۸	۰,۰۰۳	%۵۳	۱۰	۱۰	۳۳	بند ج ماده ۳۸	۲۰
۴۹/۴	۰,۰۲۵	%۷۹	۲۳	۲۳	۳۳	بند د ماده ۳۸	۲۱
۰	۰,۰۲۶	%۰	۰	۰	۰	بند ح ماده ۳۸	۲۲
۸	۰,۰۳۲	%۱۰	۰	۰	۱۰	بند ز ماده ۳۸	۲۳
۲۴/۷۵	۰,۰۳۳	%۳۰	۵	۱۰	۱۵	بند و ماده ۳۸	۲۴
۵۰/۶	۰,۰۲۵	%۸۱	۱۵	۳۳	۳۳	بند ه ماده ۳۸	۲۵
۴۱/۰۲	جمع یک	۶۳/۳۶	۱۴/۵۶	۲۲/۰۴	۲۶/۷۶	میانگین	

جدول شماره ۳) پیشرفت مواد قانونی برنامه پنجم توسعه در بخش سلامت (برای وزن متفاوت مراحل اجرا)							
درصد پیشرفت با وزن مواد قانونی متفاوت	وزن هر ماده قانونی	درصد پیشرفت با وزن مواد قانونی یکسان	درصد پیشرفت به تفکیک مراحل			ماده قانونی	شماره
			۵۰	۳۰	۲۰		
			مرحله سه	مرحله دو	مرحله یک		
۵۶/۴	۰,۰۲۴	۹۴	۵۰	۳۰	۱۴	بند الف ماده ۳۲	۱
۳۱/۲	۰,۰۲۵	۵۰	۰	۳۰	۲۰	بند ب ماده ۳۲	۲
۲۳/۴	۰,۰۳۴	۲۸	۸	۱۴	۶	بند ج ماده ۳۲	۳
۲۳	۰,۰۲۷	۳۴	۰	۱۴	۲۰	بند د ماده ۳۲	۴
۸/۴	۰,۰۱۶	۲۱	۰	۹	۱۲	بند الف ماده ۳۴	۵
۵۴	۰,۰۲۸	۷۷	۳۵	۲۲	۲۰	بند ب ماده ۳۴	۶
۱۲	۰,۰۰۸	۶۰	۳۰	۱۸	۱۲	بند ج ماده ۳۴	۷
۵۷/۵	۰,۰۲۳	۱۰۰	۵۰	۳۰	۲۰	بند د ماده ۳۴	۸
۵۵	۰,۰۲۲	۱۰۰	۵۰	۳۰	۲۰	بند ه ماده ۳۴	۹
۵۸/۴	۰,۰۳۲	۷۳	۲۳	۳۰	۲۰	بند و ماده ۳۴	۱۰
۶۴/۵	۰,۰۳	۸۶	۳۶	۳۰	۲۰	بند الف ماده ۳۵	۱۱
۳/۷۵	۰,۰۲۵	۶	۰	۰	۶	بند ب ماده ۳۵	۱۲
۵۱/۶	۰,۰۲۴	۸۶	۳۶	۳۰	۲۰	بند الف ماده ۳۶	۱۳
۷۰	۰,۰۲۸	۱۰۰	۵۰	۳۰	۲۰	بند ب ماده ۳۶	۱۴
۳۷	۰,۰۲۶	۵۷	۲۳	۱۴	۲۰	بند الف ماده ۳۷	۱۵
۵۱	۰,۰۲۸	۷۳	۲۳	۳۰	۲۰	بند ب ماده ۳۷	۱۶
۴۰	۰,۰۳۲	۵۰	۰	۳۰	۲۰	بند ج ماده ۳۷	۱۷
۵۲/۷	۰,۰۳۱	۶۸	۳۶	۱۲	۲۰	بند الف ماده ۳۸	۱۸
۴۴	۰,۰۲۷	۶۵	۱۵	۳۰	۲۰	بند ب ماده ۳۸	۱۹
۳۳	۰,۰۳	۴۴	۱۵	۹	۲۰	بند ج ماده ۳۸	۲۰
۴۷/۵	۰,۰۲۵	۷۶	۳۵	۲۱	۲۰	بند د ماده ۳۸	۲۱
۰	۰,۰۲۶	۰	۰	۰	۰	بند ه ماده ۳۸	۲۲
۴/۸	۰,۰۳۲	۶	۰	۰	۶	بند ز ماده ۳۸	۲۳
۲۱/۵	۰,۰۳۳	۲۶	۸	۹	۹	بند و ماده ۳۸	۲۴
۴۵/۶	۰,۰۲۵	۷۳	۲۳	۳۰	۲۰	بند ه ماده ۳۸	۲۵
۳۷/۸۵	جمع یک	۵۸/۱۲	۲۱/۸۴	۲۱/۰۸	۱۶/۲	میانگین	

دلایل اصلی عدم اجرای برنامه پنجم توسعه (چالش‌های تدوین قوانین)

۱. عدم تصمیم‌گیری مبتنی بر مستندات و تجربیات در طراحی و تدوین سیاست
۲. استحاله و تغییر شکل متن اولیه سیاست پس از تصویب
۳. افرادی که تضاد در منافع دارند در تدوین قوانین وجود دارند
۴. تبدیل نگارش سیاست از حالت تکلیفی به توصیه‌ای و فقدان ماهیت الزام‌آوری قانون
۵. نامشخص بودن مجری سیاست در تدوین سیاست
۶. تدوین سیاست‌ها در پشت درهای بسته و افراد در دسترس
۷. تدوین سیاست‌های کلان و کلی و بدون توجه به جنبه اجرای آن
۸. قوانین ما ماهیتاً قانون نیستند. از جنس مثلاً target خط و مشی‌اند و بیشتر یک آرمان، یک ایده و یا یک نقطه مطلوب است
۹. عدم توجه به جزییات اجرای قوانین در زمان طراحی
۱۰. عدم توجه به زیرساخت‌های موجود جامعه
۱۱. مخیر کردن دولت برای اجرا به مکلف کردن آن در متن قوانین
۱۲. دخیل نمودن ذینفعان اصلی در تدوین سیاست
۱۳. ارائه سیاست‌ها در قالب vision و آرمان و فاقد بعد اجرایی
۱۴. وضع تبصره برای قوانین با اعمال نظر گروه‌های فشار
۱۵. شفاف نبودن مصوبات قانونی

دلایل اصلی عدم اجرای برنامه پنجم توسعه (چالش‌های پیاده‌سازی قوانین)

۱. فقدان پیوست اجرایی بر اساس سیاست‌ها
۲. عدم آنالیز دقیق ذینفعان مجری
۳. افرادی که تضاد در منافع دارند در جریان اجرای قوانین قرار می‌گیرند
۴. عدم تعریف نقش دستگاه‌ها
۵. نبود نظام ارزیابی عملکرد
۶. عدم پیش‌بینی بودجه برنامه
۷. عدم انتخاب مجری مناسب برای اجرای سیاست‌ها
۸. بی‌ثباتی مدیران مجری
۹. تغییر سیاست‌ها با عوض شدن دولت‌ها
۱۰. هماهنگی‌های بین بخشی ضعیف در ایران
۱۱. در صورت عدم اجرای قانون در دستگاه اجرایی، دستگاه هیچ هزینه‌ای بابتش نمی‌پردازد.
۱۲. اختلاف نظر سیاست‌گذاران ما با مدیران اجرایی در مفاهیم و محتوای سیاست‌ها

۱۳. نیروی انسانی فاقد تخصص لازم
۱۴. فقدان برنامه عملیاتی دقیق برای اجرای سیاست‌ها در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه‌های تابعه
۱۵. فقدان یک برنامه‌ریزی تخصصی جهت رسیدن به اهداف برنامه در وزارت بهداشت
۱۶. نبود ضمانت اجرایی برای سیاست‌های تدوین‌شده
۱۷. نبود یک داشبورد اطلاعاتی و نظارتی
۱۸. تفسیرهای مختلف و دور زدن قانون به علت تضاد منافع
۱۹. تقسیم‌کار نامناسب به دلیل ساختار معیوب نظام سلامت
۲۰. نبود نظارت و کنترل

راهکارهای موفقیت در استقرار برنامه‌های توسعه کشور

۱. ایجاد یک مرکز ملی تولید و تجمیع مستندات تصمیم‌گیری
۲. برقراری ارتباط منطقی بین مراکز علمی و مرکز پژوهش‌های مجلس
۳. افزایش دانش سیاست‌گذاران جهت جلوگیری از تضاد منافع
۴. برقراری نظام‌های پایش رفتار جهت جلوگیری از تضاد منافع
۵. برقراری نظام مدیریت محتوا جهت جلوگیری از استحاله و تغییر شکل متن اولیه سیاست پس از تصویب
۶. برقراری نظام بازنگری سیاست
۷. ایجاد سامانه ثبت و پایش مستمر پروژه‌های ملی
۸. تغییر رویکرد سازمان برنامه‌بودجه و بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد در سازمان‌ها
۹. جلب مشارکت کاربران نهایی در زمان تدوین سیاست
۱۰. صلاحیت حرفه‌ای پرسنل تدوین‌کننده سیاست‌ها
۱۱. به‌کارگیری نیروی انسانی متخصص، ماهر و آموزش‌دیده جهت اجرا
۱۲. توجه به قابلیت اجرای قوانین در زمان تدوین
۱۳. تنظیم آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های مرتبط با قوانین تدوین‌شده
۱۴. لحاظ کردن همه ذینفعان در تدوین و اجرای قوانین
۱۵. اجرای قوانین در راستای دکترین ملی سلامت
۱۶. تنظیم اهداف سازمانی به‌طوری‌که به‌راحتی با تغییر مدیران عوض نشوند
۱۷. ضمانت اجرا برای قوانین و سیاست‌ها
۱۸. موظف کردن دولت برای اجرا به مخیر کردن آن در متن قوانین
۱۹. نظارت بر اجرای قوانین
۲۰. قانون به جزئی‌ترین شکل تدوین شود و از کلی‌گویی پرهیز نماید
۲۱. قانون مبتنی بر نوعی رئالیسم اجتماعی یا رئالیسم سیاسی باشد.

۲۲. مشخص شدن دقیق دستگاه مجری قانون و سیاست
۲۳. باید هزینه‌های عدم اجرای قانون را در بخش دولتی بالا رود
۲۴. مشارکت وزارت بهداشت و مجلس و مراکز تحقیقاتی از ابتدای تدوین سیاست
۲۵. هماهنگی برنامه‌های بین بخشی و برون بخشی
۲۶. تأمین بودجه جهت اجرای قوانین
۲۷. الگوبرداری از کشورهای با شرایط مشابه
۲۸. نظارت دولت و مجلس بر اجرای قوانین
۲۹. تشکیل اتاق فکری جهت مشورت به مدیران
۳۰. حضور تمام وقت و تمام‌قد مدیران پزشک جهت اجرای یک مسئولیت خاص

فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری، پیشنهادات

از بین ۲۵ ماده قانونی بررسی شده در برنامه پنجم توسعه، فقط سه بند قانون شامل تدوین سبد مطلوب غذایی برای جامعه ایرانی موضوع بند د ماده ۳۴، توسعه طب سنتی موضوع بند ه ماده ۳۴، تمرکز سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت موضوع بند ب ماده ۳۶، به‌طور کامل اجرایی شده است و اکثر بندهای قانون در مرحله اول تدوین مستندات جهت تبدیل قانون به اجرا متوقف مانده‌اند. میانگین نمره میزان پیشرفت برنامه پنجم توسعه با رویکرد وزن مساوی مراحل اجرا و مواد قانونی ۶۳٪، با رویکرد وزن مساوی مراحل ولی وزن متفاوت مواد قانونی ۴۱٪، با رویکرد وزن متفاوت مراحل با وزن مساوی قوانین ۵۸٪ و با رویکرد وزن متفاوت مراحل و وزن متفاوت قوانین ۳۸٪ محاسبه گردید.

بند الف ماده ۳۳

استقرار نظام سیاست‌گذاری، دستور گذاری و تدوین سیاست‌های اجرایی، تصویب سیاست‌های اجرایی، اجرای مصوبات (سیاست‌های اجرایی) و پایش و ارزشیابی مصوبات در سطح ملی و اقدامات دبیرخانه شورا در سطح استانی حاکی از موفقیت قابل ملاحظه این بند قانونی بود. چنانکه استمرار آن در برنامه ششم و یا احکام دائمی وجود داشته باشد، راهکارهای زیر برای اجرایی شدن ماده قانونی پیشنهاد می‌گردد:

۱. تصویب قانون دائمی برای تشکیل این شورا تا لازم نباشد در هر برنامه توسعه قانون تشکیل شورا در قانون برنامه گنجانده شود و هر بار آیین‌نامه جدیدی برای شورا تدوین نگردد.
۲. تأمین مالی پایدار برنامه‌های عملیاتی دبیرخانه شورا
۳. ایجاد تغییرات ساختاری در حوزه ستاد و استان‌ها به‌منظور یکپارچه‌سازی فعالیت‌های فرا بخشی سلامت و حضور نمایندگان ثابت از سایر دستگاه‌ها در جلسات شورا

بند ب ماده ۳۳

دلایل موفقیت نسبی این بند در تحقیقات، شیوه‌نامه‌ها، تشکیل دبیرخانه پیوست سلامت، راهنماها و فرمت گزارش پیوست سلامت به‌عنوان مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، برگزاری کارگاه‌های آموزشی ویژه کارشناسان ستادی و کارشناسان استانی دستاوردها توضیح داده شد ولی تا پایان برنامه پیوست سلامتی تهیه نشده است. با توجه به چالش‌های اجرای این بند قانونی، چنانکه استمرار این بند قانونی در برنامه ششم و یا احکام دائمی وجود داشته باشد، راهکارهای پیشنهادی برای اجرایی شدن آن به شرح زیر است:

۱. باید قوانین موجود به‌گونه‌ای اصلاح شود تا زمان طراحی طرح‌های توسعه‌ای بزرگ، توسط مسئولان آن طرح، پیوست سلامت نیز تهیه شود و تدوین آن الزامی شود
۲. تعامل بیشتر معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری با وزارت بهداشت در تأیید و ابلاغ آیین‌نامه تشخیص صلاحیت مشاوران
۳. تعامل تنگاتنگ کلیه دستگاه‌های اجرایی جهت انجام مطالعات پیوست سلامت
۴. آموزش و فرهنگ‌سازی از طرق مختلف (صداوسیما) برای درک هرچه بیشتر موضوع

بند ج ماده ۳۲

طرح تحول بهداشت و آئین‌نامه خدمات در حاشیه شهرها، برگزاری دوره فلوشیپ برای مدیران مراکز بهداشتی و درمانی و برگزاری نشست‌های روسای دانشگاه‌ها و معاونان بهداشتی کشور و ارزیابی طرح تحول در حوزه بهداشت به‌عنوان دلایل پیشرفت محدود عنوان شد. همچنین صاحب‌نظران معتقد بودند که سامانه خدمات جامع و همگانی شهرستان روی کاغذ طراحی شد ولی به تصویب شورای عالی نرسید و اجرایی نشد. بازطراحی هم نشد و بسته دیگری تحت عنوان بسته خدمات مراکز سلامت جامع در حاشیه شهرها طراحی و اجرایی شد. از سوی دیگر، علاوه بر اینکه طی سال‌های اجرای قانون برنامه پنجم توسعه شاهد برقراری سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه نبودیم. شاهد هستیم که محور اصلی اقدامات انجام‌شده در وزارت بهداشت حوزه درمان و ایجاد هزینه‌های جدید در این حوزه بدون اصلاح مکانیسم‌های پرداخت بوده است. با توجه به چالش‌های اجرای این بند قانونی، چنانکه استمرار این بند قانونی در برنامه ششم و یا احکام دائمی وجود داشته باشد، راهکارهای پیشنهادی برای اجرایی شدن آن به شرح زیر است:

۱. تصویب برنامه اجرایی سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» با هماهنگی معاونت
۲. عملیاتی کردن برنامه اجرایی سامانه بازطراحی شده «خدمات جامع و همگانی سلامت»
۳. همکاری نزدیک کلیه معاونت‌های وزارت بهداشت و همچنین سازمان‌های بیمه‌گر پایه

بند د ماده ۳۳

از دلایل پیشرفت محدود این بند، تدوین دستورالعمل نسخه ۰۲ و شیوه‌نامه اجرایی سطح ۲ و ۳، هماهنگی کلیه اعضای ستاد اجرایی کشوری، همکاری ادارات فنی حوزه معاونت درمان، نشست‌های کارشناسی، مشارکت فعال در نشست اعضای ستاد راهبردی، اجلاس معاونین درمان دانشگاه‌ها می‌باشد اما در اجرای ستادی و نتایج محیطی موفقیت‌چندانی حاصل نگردیده است. بنا به گزارش سازمان مدیریت، برنامه نظام درمانی کشور در سال ۱۳۹۰ تدوین و برای تصویب و ابلاغ به هیئت دولت ارسال گردید. آیین‌نامه اجرایی آن نیز در هیئت دولت تصویب و ابلاغ شده است. تاکنون یک کتابچه راهنمای بالینی متشکل از چند راهنمای بالینی ابلاغ شده است، یکپارچگی بیمه‌های پایه درمان انجام‌نشده است. نظام ارجاع و پزشک خانواده شهری بدون ارتقای نسخه ۰۲ فقط در دو استان فارس و مازندران به‌صورت ناقص در حال اجرا است.

بند الف ماده ۳۴

علیرغم تدوین پیش‌نویس آیین‌نامه اجرایی بند الف ماده ۳۴ و ارسال به معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی، ارائه 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 برنامه پنجم توسعه، میزان پیشرفت مناسب ارزیابی نشد. 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 ماده قانونی راهکارهای پیشنهادی افزایش آگاهی و حمایت‌طلبی بخش خصوصی و تأمین سرمایه برای ایجاد شهرک‌های دانش‌بنیان می‌باشد.

بند ب ماده ۳۴

از دلایل پیشرفت این بند، تخصیص اعتبارات برای طرح تحول سلامت (درمان و بهداشت)، ارزیابی و پایش طرح تحول سلامت عنوان شد. اگرچه بر اساس گزارش سازمان مدیریت، به لحاظ عملکرد اعتباری در سال ۱۳۹۰ برابر با ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال، در سال ۱۳۹۱، این اعتبارات مبلغ ۲۰۲۲۷۱۵۴ میلیون ریال در سال ۱۳۹۲، ۱۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال در سال ۱۳۹۳، ۵۷۵۲۲,۰۰۰ میلیون ریال و در نیمه اول سال ۱۳۹۴، ۱۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تخصیص اعتبار صورت پذیرفته است ولی تنها پس از بررسی کامل اجرای طرح تحول سلامت می‌توان ادعا کرد که این اعتبارات به اهداف مندرج در قانون تخصیص یافته است یا خیر. با توجه به چالش‌های اجرای بند قانونی، چنانکه استمرار این بند قانونی در برنامه ششم و یا احکام دائمی وجود داشته باشد، راهکارهای پیشنهادی برای اجرایی شدن آن به شرح زیر است:

۱. وزارت رفاه میزان کسری منابع را در سازمان بیمه سلامت و سازمان تأمین اجتماعی مشخص کند.
۲. وزارت بهداشت متعهد به سطح‌بندی تمام خدمات تشخیصی و درمانی شود.
۳. بازنگری و تعدیل مناسب در تعرفه‌های کتاب ارزش نسبی خدمات است.
۴. آموزش مدیران بیمارستانی برای ارتقای توانمندی و مهارت آنان
۵. تدوین و برگزاری برنامه‌های نظارتی برای اجرای طرح در بیمارستان‌ها

بند ج ماده ۳۴

از دلایل پیشرفت این بند، تدوین آیین‌نامه دوره پودمانی مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH) ویژه توانمندسازی پزشکان خانواده، تدوین برنامه آموزشی و ضوابط دوره آیین‌نامه دوره پودمانی مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH) ویژه توانمندسازی پزشکان خانواده، اجرای دوره MPH پزشک خانواده توسط ۱۸ دانشگاه علوم پزشکی و تأسیس و راه‌اندازی رشته‌های تحصیلی موردنیاز عنوان شد. موانعی که حاکی از عدم پیشرفت اجرای ماده قانونی بود، نبود مستنداتی در خصوص استخراج و اعمال نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور و تأکید بر جنبه تربیت و آموزشی نیروی انسانی بود.

بند د ماده ۳۴

از دلایل پیشرفت این بند، تدوین فهرست مواد و فراورده‌های غذایی سالم و ایمن و سبد مطلوب غذایی برای جامعه ایرانی بود که بر اساس این سبد غذایی، هر فرد ایرانی باید روزانه ۳۲۰ گرم نان، ۱۰۰ گرم برنج، ۲۰ گرم ماکارونی، ۲۶ گرم حبوبات، ۷۰ گرم سیب‌زمینی، ۲۸۰ گرم سبزی، ۲۶۰ گرم میوه، ۴۸ گرم گوشت قرمز، ۵۰ گرم گوشت سفید، ۲۴ گرم تخم‌مرغ، بین ۲۲۵ تا ۲۴۰ گرم شیر یا لبنیات، ۳۵ تا ۴۰ گرم روغن و ۴۰ تا ۵۰ گرم قند و شکر مصرف کند. علیرغم اجرای کامل آن، به‌منظور بهبود شرایط پیش رو راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد:

۱. فرهنگ‌سازی برای ارتقای سواد تغذیه‌ای مردم
۲. نهادهایی مانند جهاد کشاورزی و وزارت صنعت، معدن و تجارت مسئول تأمین این سبد غذایی هستند که باید برای آن برنامه‌ریزی کنند.

بند ۳۴ ماده

از دلایل پیشرفت این بند، برنامه استراتژیک توسعه طب سنتی ایران، سند راهبردی گیاهان دارویی و طب سنتی، آیین‌نامه اجرایی طب مکمل و دستورالعمل اجرایی ارائه خدمات طب سنتی به‌عنوان مجموعه 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 سبک زندگی، کارگروه «طب سنتی، تندرستی، رسانه» و کارگروه تدوین آیین‌نامه دهکده 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. علیرغم اجرای کامل آن، به‌منظور بهبود شرایط پیش رو راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد:

۱. ممنوعیت عرضه داروهای ترکیبی بدون مجوز در عطاری‌ها
۲. ضرورت تدوین آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های خاص در حوزه نظارتی طب سنتی و خدمات مرتبط با همکاری معاونت طب سنتی و سایر معاونت‌های مرتبط و نیز ساماندهی و نظارت تیم‌های نظارتی با حضور کارشناسان طب سنتی
۳. تشکیل سیستم نظارتی ویژه با همکاری وزارت بهداشت (حوزه‌های معاونت درمان، غذا و دارو، طب سنتی)، وزارت صنعت، معدن و تجارت، اتحادیه صنف عطاران و سقط فروشان

بند و ماده ۳۴

از دلایل پیشرفت این بند، قرار دادن موضوع کاهش آلاینده‌ها و باقی‌مانده‌ها آفت‌کش‌ها در دستور کار کارگروه‌های تغذیه و امنیت غذایی، تدوین متن پیش‌نویس مصوبات (سیاست‌های اجرایی) شامل ۱۳ بند جهت ابلاغ به کلیه دستگاه‌های اجرایی ذینفع به‌عنوان مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، برگزاری جلسه با انجمن وارد کنندگان سم و کود ایران، برگزاری جلسه سموم کودهای شیمیایی با سازمان حفظ نباتات، مرکز سلامت محیط و کار و مرکز آزمایشگاه‌های مرجع کنترل غذا و دارو و اعضاء هیئت نظارت بر سموم، شرکت در جلسات هیئت نظارت بر واردات سموم در سازمان حفظ نباتات، شرکت در جلسات استاندارد به‌منظور تدوین و بازنگری سموم، مشارکت در جلسات مشترک با وزارت جهاد کشاورزی به‌منظور بررسی منابع موجود و برآورد مقدار مصرف مجاز سموم و کودهای شیمیایی به‌عنوان توانمندسازی و بسترسازی محیطی، انتخاب روش‌های اندازه‌گیری آفلاتوکسین‌های B&G در پسته و اندازه‌گیری باقیمانده سموم دفع آفات نباتی در برنج، تهیه تجهیزات، مواد شیمیایی و استانداردهای موردنیاز برای هر یک از روش‌ها پس از جمع‌آوری اطلاعات از منابع علمی و تخصصی و بررسی و مقایسه روش‌های موجود و انتخاب روش مناسب و انجام آزمون به‌صورت پایلوت، تأمین و تجهیز آزمایشگاه به‌منظور انجام فعالیت‌های آزمون، تعیین معیارها و روش‌های آزمون مرتبط، انجام آزمون‌های معتبر سازی و تدوین SOP نهایی پس از بررسی نتایج و رفع نواقص احتمالی، شرکت در جلسات سازمان دامپزشکی کشور در خصوص بررسی مدارک ارسالی از سوی کدکس در خصوص سموم دفع آفات نباتی، برگزاری سمینار در خصوص باقیمانده آنتی‌بیوتیک در مواد غذایی و فرآورده‌های خام دامی، تعیین مقدار مجاز برخی از سموم بر اساس استانداردهای بین‌المللی و اعلام میزان سموم بیش‌ازحد مجاز از

طریق رسانه‌ها و اقدام به ابطال موقت یا دائم پروانه فرآورده مذکور به‌عنوان اجرای ستادی و نتایج محیطی گزارش شد.

بند الف ماده ۳۵

از دلایل پیشرفت این بند، تدوین پیش‌نویس آیین‌نامه اجرایی بند الف ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه با عنوان «استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» جهت طرح در هیئت‌وزیران به‌عنوان مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، آموزش دانشگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی به‌عنوان توانمندسازی و بسترسازی محیطی و راه‌اندازی سامانه سیب مربوط به حوزه مراکز بهداشتی و درمانی پس از ابلاغ وزیر بهداشت در مورد الزام استفاده از این سامانه عنوان شد. همچنین، تجهیز مراکز داده دانشگاه‌های علوم پزشکی و استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت در آن‌ها و برنامه‌ریزی جهت اتصال مراکز تابعه به نمونه مربوطه با اولویت اتصال مراکز بیمارستانی صورت گرفته است. همچنین نظام ثبت مراقبت آنفولانزا در ۳۱ استان مستقر شده است. همچنین سامانه سیب تا پایان شهریور سال ۱۳۹۶ حدود ۶۵ میلیون نفر ثبت اطلاعات شده است و ۳۰ میلیون نفر ویزیت پایه انجام شده است.

با توجه به چالش‌های اجرای این بند قانونی، راهکارهای پیشنهادی برای اجرایی شدن ماده قانونی به شرح زیر است:

۱. همکاری بیشتر شرکت مخابرات جهت رفع نقاط کور

۲. آموزش پزشکان جهت مدیریت زمان

بند ب ماده ۳۵

علیرغم تصویب و ابلاغ بسته اجرایی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی موضوع ماده (۲۱۷) و درج این ماده قانونی در این بسته و اساسنامه سازمان بیمه سلامت، سامانه «پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان» راه‌اندازی نشده است. با توجه به عدم همکاری سازمان‌هایی مثل ثبت‌احوال و سازمان نظام پزشکی در تبادل اطلاعات لازم، وجود هماهنگی‌های بین بخشی در سطوح بالای دولت پیشنهاد می‌گردد.

بند الف ماده ۳۶

از دلایل پیشرفت این بند، تدوین بسته خدمت حداقلی و فرم قرارداد فوق‌العاده ویژه ماندگاری پزشکان شاغل در مناطق محروم، نسخه اجرایی مجموعه دستورالعمل‌های برنامه تحول نظام سلامت، افزایش تمام‌وقتی جغرافیایی متخصصین، کاهش تأخیر در پرداخت کارانه به پزشکان و پرداخت‌های تشویقی با تأخیر کمتر در مناطق محروم کشور و رضایت نسبی پزشکان در مناطق محروم عنوان شد. موانع اجرای این بند قانونی شامل تأمین اعتبار جهت پرداخت به پزشکان، به‌روز نبودن پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌گر پایه با اولویت نقاط محروم، مشارکت ناکافی مسئولین محلی در تصمیم‌گیری مرتبط با حضور و ماندگاری پزشکان در نقاط محروم و نیاز به تجهیز مراکز درمانی مناطق محروم بود. برنامه ماندگاری با ارتقای کیفیت خدمات سامت در مناطق کمتر توسعه‌یافته کشور منجر به افزایش دسترسی مردم به خدمات تخصصی سامت در سطح دوم و سوم و جذب و ماندگاری پزشکان در این مناطق شده است و با اجرای آن از طریق پرداخت‌های تشویقی در مناطق کمتر توسعه‌یافته و ایجاد تسهیلات رفاهی جهت اقامت، زمینه ماندگاری، حضور تمام‌وقت پزشکان و درنهایت کاهش پرداخت از جیب مردم در این مناطق، فراهم شده است. اصلی‌ترین دلایل اجرای برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، نبودن انگیزه کافی برای

پزشکان جهت حضور در مناطق محروم و ماندگاری در آن منطقه به علت پایین بودن بار مراجعات به دلیل جمعیت کم ناشی از محرومیت منطقه، وضعیت جغرافیایی، اقتصادی، فرهنگی، دور بودن از مراکز استان‌ها و وضعیت راه‌های ارتباطی آن و عدم انگیزه برای زندگی در این مناطق، مراجعه بیماران به شهرهای بزرگ‌تر و مراکز استان‌ها به دلیل عدم دسترسی به خدمات سطح دو و سه در مناطق محروم، غیر تمام‌وقت بودن پزشکان و به تبع آن بالا بودن پرداخت از جیب مردم در این مناطق است. با توجه به چالش‌های اجرای این بند قانونی، اهم پیشنهادها و راهکارهای اجرایی این برنامه به شرح زیر است:

۱. اجرای صحیح اصلاحیه قانون عدالت آموزشی جهت اختصاص ۳۰٪ از پذیرفته‌شدگان دوره دستگیری، به‌عنوان سهمیه بومی در نقاط محروم
۲. افزایش فارغ‌التحصیل در رشته‌های تخصصی پزشکی
۳. عدالت در توزیع نیروهای تخصصی کشور منطبق با نیازسنجی‌های واقعی
۴. تخفیف زمانی دوره طرح متخصصین در صورت انجام خدمات در نقاط محروم ویژه
۵. ارتقاء و بهبود مشوق‌های مالی جهت ایجاد انگیزه برای حضور در مناطق محروم کشور
۶. مشوق‌های غیرمالی مانند تسهیلات رفاهی و مسکن مناسب
۷. اعطای وام‌های بلندمدت برای پزشکان ماندگار در مناطق محروم
۸. اعطای امتیاز ویژه تحصیلی برای پزشکان ماندگار در مناطق محروم
۹. به‌روز کردن پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌گر پایه با اولویت نقاط محروم
۱۰. مشارکت بیشتر مسئولین محلی در تصمیم‌گیری مرتبط با حضور و ماندگاری پزشکان در نقاط محروم و مشارکت آنان در رفع مشکلات آنان
۱۱. تجهیز مراکز درمانی مناطق محروم
۱۲. ادغام «پرداخت عملکردی» برنامه ماندگاری و «تعرفه ترجیحی مناطق محروم» سازمان‌های بیمه‌گر پایه، رویکرد برنامه ماندگاری جهت عدالت بیشتر در توزیع منابع
۱۳. ادغام بخش عملکردی برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در تعرفه ترجیحی مناطق محروم
۱۴. حمایت ویژه از پزشکان مناطقی که فاقد عملکرد بالینی هستند
۱۵. اطلاع‌رسانی دقیق از آخرین وضعیت پرداخت تشویقی
۱۶. ماندگاری پزشکان به تفکیک ماه و بیمارستان، در سایت دانشگاه

بند ب ماده ۳۶

از دلایل پیشرفت این بند، سیاست‌های کلی ابلاغ مقام معظم رهبری، ایجاد واحد سیاست‌گذاری سلامت و دبیرخانه آن در وزارت بهداشت، راه‌اندازی معاونت برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در وزارت متبوع، مصوبه هیئت‌امنا برای شکل‌گیری واحدهای دبیرخانه سیاست‌گذاری و کارگروه ساغ استان‌ها، آموزش دبیران کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی و وجود دبیرخانه‌های کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها عنوان شد.

بند الف ماده ۳۷

از دلایل پیشرفت این بند، تدوین آیین‌نامه اخذ عوارض کالاهای آسیب‌رسان به سلامت، تشکیل کمیته اجرایی بند الف و ج ماده ۳۷ برنامه پنجم، تشکیل دبیرخانه ماده ۳۷ برنامه پنجم توسعه در مدیریت غیر واگیر، تدوین، به‌روزرسانی و ابلاغ فهرست اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوءمصرف عنوان شد. از جمله راهکارهای پیشنهادی برای اجرایی شدن ماده قانونی، حمایت‌طلبی جهت افزایش مشارکت ذینفعان می‌باشد.

بند ب ماده ۳۷

از دلایل پیشرفت این بند، تدوین و بازنگری دستورالعمل اجرایی ماده قانونی مذکور، افزایش پوشش اورژانس پیش بیمارستانی، انعقاد پروژه محاسبه هزینه حوادث ترافیکی از منظر سلامت، افزایش تعداد مأموریت‌های اورژانس پیش بیمارستانی، برگزاری سومین گرامیداشت دهه ایمنی راه‌ها با حضور کلیه متولیان ایمنی عنوان شد. به دلیل تأخیر و یا عدم واریز به‌موقع سهم وزارت بهداشت توسط بیمه‌های تجاری صاحب‌نظران اجرای ستادی و نتایج محیطی را کامل نمی‌دانستند.

بند ج ماده ۳۷

از دلایل پیشرفت نسبی این بند، تدوین آیین‌نامه تعیین میزان جراثیم تبلیغات کالاهای آسیب‌رسان به سلامت در مرحله مجموعه مستندات تبدیل قانون به اجرا، تشکیل کمیته اجرایی بند الف و ج ماده ۳۷ برنامه پنجم، تشکیل دبیرخانه اجرای ماده ۳۷ برنامه پنجم توسعه در مدیریت غیر واگیر وزارت بهداشت، مانیتورینگ مقطعی کالاها و خدمات سلامت از شبکه‌های تلویزیونی، برگزاری کارگاه‌های آموزشی استانی، انجام مکاتبات و برگزاری جلسات با ذینفعان مرتبط عنوان شد. ولی علیرغم تلاش‌های مذکور به دلیل درآمد ناشی از تبلیغات این کالاها برای رسانه‌ها و عدم مشارکت ذینفعان جهت اجرای بند قانونی این بند در اجرای محیطی توفیقی حاصل نمود. برای رفع چالش‌ها و اجرای قانون، لزوم حمایت‌طلبی از ذینفعان جهت اجرای بند قانونی پیشنهاد می‌گردد.

بند الف ماده ۳۸

از اقدامات مهم دیگر که در قالب طرح تحول سلامت انجام شد، اجرای بند «الف» ماده (۳۸) قانون برنامه است. هرچند به دلیل عدم وجود آمار درست از تعداد افرادی که تحت هیچ پوشش بیمه‌ای درمانی نبودند و عدم وجود سیستم یکپارچه بیمه‌ای و لذا عدم هوشمندی سیستم برای تشخیص افرادی که تحت پوشش سایر بیمه‌های درمانی بوده‌اند و مجدداً درخواست صدور بیمه سلامت را دارند، میزان اعتبارات موردنیاز برای این امر بسیار بیشتر از اعتبارات تخمین زده شد و در حال حاضر بیمه سلامت را با بار مالی مضاعف روبرو کرده است، اما اقدامی مثبت و هم‌راستا با تکالیف قانونی دولت محسوب می‌شود. از دلایل پیشرفت این بند، تهیه و تصویب دستورالعمل پیشنهادی برای پوشش همگانی و اجباری بیمه پایه سلامت و ارسال دستورالعمل پیشنهادی جهت طی مراحل قانونی به دبیرخانه هیئت دولت، بیمه شدن تقریباً ۹ میلیون نفر جمعیت فاقد پوشش بیمه در کشور عنوان شد ولی علیرغم جلسات هماهنگی کشوری به دلیل زیرساخت‌های نرم‌افزاری نامناسب، مقاومت نسبت به تغییر سیستم و مشارکت ناکافی ذینفعان، مرحله توانمندسازی و بسترسازی محیطی کافی ارزیابی نشد. با توجه به چالش‌های اجرای قانون، چنانکه استمرار این بند از ماده قانونی در برنامه ششم و یا احکام دائمی مدنظر باشد راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد:

۱. برآورد دقیق افراد فاقد پوشش بیمه
۲. ایجاد بانک اطلاعاتی متمرکز جهت جمع‌آوری اطلاعات هویتی و بیمه‌ای کلیه بیمه‌شدگان و رفع همپوشانی‌ها
۳. اصلاح الگوی محاسبه حق بیمه پایه سلامت
۴. طراحی سازوکارهایی به منظور خرید خدمات موجود در فهرست خدمات بیمه پایه

بند ب ماده ۳۸

از دلایل پیشرفت این بند، تصویب و ابلاغ اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران در تاریخ اول مهرماه سال ۹۱ و تسری در سطح استان‌ها شد. با توجه به چالش‌های اجرای قانون، چنانکه استمرار این بند از ماده قانونی در برنامه ششم و یا احکام دائمی مدنظر باشد راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد؛

۱. تمرکز سیاست‌گذاری در وزارت بهداشت و مدیریت منابع مالی نظام سلامت توسط بیمه باید صورت‌گیری به خود بگیرد.
۲. به منظور استقرار نظام یکپارچه تأمین اجتماعی، ساختاری یکپارچه با سیاست‌گذاری متمرکز نظیر سازمان ملی بیمه‌های اجتماعی ایران تشکیل یا وزارت رفاه و تأمین اجتماعی احیا شود.
۳. تدوین و تصویب لایحه قانونی ترکیب اعضاء، شرح وظایف و اختیارات شورای عالی بیمه سلامت کشور از طریق طراحی متناسب ترکیب اعضاء یا استقرار شورای عالی بیمه سلامت در وزارت بهداشت پیشنهاد می‌شود.

بند ج ماده ۳۸

از دلایل پیشرفت نسبی این بند، تعریف و تدوین بسته بیمه پایه سلامت کشور و پوشش گسترده خدمات آن و ایجاد وحدت رویه بین سازمان‌های بیمه‌گر پایه و اقدام جهت یکسان کردن بسته پایه خدمات عنوان شد. با توجه به چالش‌های اجرای قانون، چنانکه استمرار این بند از ماده قانونی در برنامه ششم و یا احکام دائمی مدنظر باشد راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد؛

۱. لزوم بازنگری در بسته خدمات پایه با توجه به معیارهای اولویت‌گذاری، مخاطب‌شناسی، بار بیماری‌ها، مرگ‌ومیر، تأمین منابع و ارزش اقتصادی خدمات، نظام پرداخت و روش خرید خدمت
۲. تعریف بسته بیمه پایه متناسب با منابع در اختیار

بند د ماده ۳۸

از دلایل پیشرفت این بند، دریافت حق بیمه به‌عنوان درصدی از حقوق و دستمزد به‌جای یک رقم ثابت که با پیشنهاد سازمان بیمه سلامت و پیگیری وزارت بهداشت همراه بود. چنانکه استمرار این بند از ماده قانونی در برنامه ششم و یا احکام دائمی مدنظر باشد راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد؛

۱. مشارکت در پرداخت حق بیمه متناسب با توان مالی افراد
۲. برای بیمه‌شده‌ها یک حساب انفرادی درست کنیم که ورودی‌ها که منابع (حق بیمه، کمک دولت و ...) استیک طرف قرارداد قرار می‌گیرد و در مقابل هزینه‌هایی است که این بیمه‌شده برای سازمان‌های بیمه‌گر ایجاد می‌کند.

۳. سهم پرداخت حق بیمه مردم بر اساس سازوکار قابل قبولی باشد.
۴. در نظام تعیین حق بیمه، حق بیمه متناسب با واقعیت‌ها و متناسب با هزینه تمام‌شده باشد.

بند ح ماده ۳۸

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 به صورت منظم انجام می‌شود ولی نظام نظارت و بیمه اجباری تضمین کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی تدوین نگردیده است. با توجه به چالش‌های این بند قانونی، چنانکه استمرار این بند از ماده قانونی در برنامه ششم و یا احکام دائمی مدنظر باشد راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد؛

۱. اجباری نمودن استاندارد شیر خام
۲. ایجاد زیرساخت برای استانداردسازی مواد اولیه تحویلی به کارخانه
۳. حل مشکلات در حفظ زنجیره سرما

بند ز ماده ۳۸

اجرای این ماده قانونی، در سطح تدوین آیین‌نامه خرید راهبردی متوقف مانده بود. با توجه به چالش‌های اجرای این بند قانونی، چنانکه استمرار این بند از ماده قانونی در برنامه ششم و یا احکام دائمی مدنظر باشد راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد؛

۱. بازنگری قوانین کنونی به گونه‌ای که امکان خرید خدمات مبتنی بر شاخص‌های کمی و کیفی مراکز، متناسب با توان مالی بیمه‌شدگان با امکان پرداخت تعرفه‌های متفاوت برای خدمات یکسان در مناطق مختلف جغرافیایی و برای کیفیت‌های مختلف ارائه یک خدمت توصیه می‌شود.
۲. به منظور رفع نارسایی‌های نظام پرداخت کنونی، تغییر مکانیسم‌های بازپرداخت به مکانیسم پرداخت مبتنی بر عملکرد و کیفیت و اجرای آن در سطوح ۳ گانه خرید خدمات سلامت ضروری است.
۳. بازنگری در قوانین و مقررات کنونی به منظور احاله اختیار انجام ارزیابی فناوری سلامت به نظام بیمه سلامت کشور، یکی از اقدامات اساسی در راستای خرید راهبردی خدمات خواهد بود.
۴. بازنگری فهرست خدمات بیمه پایه سلامت بر مبنای نظام اولویت‌بندی و سهمیه‌بندی خدمات سلامت و نظام سطح‌بندی ارائه خدمات سلامت و راهنماهای طبابت بالینی و موکول نمودن پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت به رعایت آن‌ها تسهیل‌کننده خرید راهبردی خواهد بود.
۵. بازطراحی الگوی قرارداد خرید خدمت از ارائه‌کنندگان خدمات مبتنی بر الزامات خرید راهبردی از دیگر راهکارهای توصیه‌شده است.

بند ۵ ماده ۳۸

اگرچه کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت بازنگری شد ولی اجرای آن کامل ارزیابی نشد. به‌منظور اجرای کامل و مناسب ماده قانونی راهکارهای پیشنهاد می‌گردد:

۱. محاسبه قیمت واقعی و قیمت تمام‌شده خدمات
۲. ارزش نسبی مبنای تعرفه گذاری نباشد
۳. اعمال سطح‌بندی در کتاب ارزش نسبی

بند و ماده ۳۸

به‌منظور اجرای کامل و مناسب ماده قانونی راهکارهای پیشنهاد می‌گردد:

۱. انتخاب بخش غیردولتی از بین اشخاص متقاضی، به‌صورت شفاف و رقابتی و از طریق احراز صلاحیت‌ها و اهلیت فنی، علمی و مالی متقاضیان با تأیید کارگروه واگذاری صورت پذیرد
۲. اطلاعات واحد قابل‌واگذاری حداقل یک ماه قبل در سامانه واگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع‌رسانی و منتشر شود.
۳. برای برون‌سپاری بخش سلامت باید همه بخش‌هایی که به‌نوعی با سلامت و بهداشت مردم سروکار دارند باهم هماهنگ باشند.
۴. عمل نمودن به‌موقع بیمه‌ها به تعهداتشان

پیشنهادات جهت افزایش درصد پیشرفت

به‌منظور افزایش درصد پیشرفت میزان اجرایی شدن مواد قانونی برنامه پنجم، پیشنهادات به شرح زیر می‌باشد:

۱. از آنجایی که برنامه‌های توسعه سیاست‌های راهبردی برای اجرای سیاست‌های کلی نظام در راستای دستیابی به اهداف سند چشم‌انداز به‌منظور تحقق سعادت و رستگاری انسان تدوین می‌شود و سیاست‌های اجرایی دولت نیز تصمیمات عملیاتی را همسو با آن اتخاذ می‌کند برای نزدیک کردن اذهان این سه رده سیاست گزار ضروری است تعاریف مفاهیم به‌کاررفته در چارچوبی با عنوان راهنمای سیاست ... تدوین و به سطوح پایین‌تر تصمیم‌گیری ارسال و تبیین شود.
۲. اصلاح ساختارهای تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری در هر سه سطح (۱) مجمع تشخیص مصلحت، (۲) مجلس شورای اسلامی (۳) هیئت‌وزیران - وزارتخانه‌ها) که باید متمرکز و همسو باهم و مسئولیت‌پذیر به یکدیگر باشند.
۳. تشکیل معاونت سیاست‌گزاری، برنامه‌ریزی و تخصیص منابع در وزارت بهداشت و به‌کارگیری شایسته‌ترین نیروی انسانی موجود در آن.
۴. تشکیل اتاق عملیات راهبردی یا واحد دیده‌بانی برنامه توسعه سلامت در معاونت سیاست‌گزاری، برنامه‌ریزی و تخصیص منابع برای استقرار سیاست‌های برنامه‌های توسعه و تحلیل و بسته‌بندی احکام بر

- اساس کارکردهای نظام سلامت و تقسیم بسته‌ها میان مدیران/هماهنگ‌کننده‌های قابل‌کی که از درون بخش دولتی و یا بخش خصوصی برای هدایت اجرای آن‌ها قابلیت کافی دارند.
۵. تدوین برنامه جامع اقدامات توسعه سلامت به صورت یکپارچه در سطح ملی (اهداف و راهبردها و عناوین برنامه‌های اجرایی) و تقسیم کار ملی بین بخش سازمان‌های دولتی-غیردولتی (عمومی-تعاونی-خصوصی/خیریه-مردم نهاد) با حضور ذی‌نفعان و بازیگران
 ۶. تدوین برنامه بودجه سالانه دولت و شهرداری‌ها بر اساس برنامه جامع اقدامات توسعه سلامت
 ۷. تشکیل هیئت‌های اندیشه ورزی برای کمک به تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری‌های اجرایی برای هر یک از بسته‌های سیاستی برنامه توسعه
 ۸. تقویت نرم‌افزار برنامه‌ریزی سلامت (بخشی و فرا بخشی) برای پایش اقدامات و فعالیت‌های آموزشی-حمایت‌طلبی-ترویجی و بازاریابی اجتماعی-نظارتی (ارزیابی عملکرد)-تولید شواهد و مداخلات اصلاحی و تولید محصولات/خدمات در سطوح مختلف ستاد ملی-استانی/دانشگاهی-شهرستانی و واحدهای عملیاتی (بیمارستان-مرکز خدمات جامع سلامت-دانشکده-مرکز تحقیقات-واحد دیده‌بانی برنامه توسعه سلامت)
 ۹. تشکیل مرتب جلسات پایش اقدامات و فعالیت‌ها در سطوح مختلف ملی-استانی-شهرستانی-واحد عملیاتی
 ۱۰. برگزاری نشست‌های تشویقی برای دستاوردهای کوچک و بزرگ برنامه با حضور ذی‌نفعان و بازیگران برنامه توسعه سلامت در سطوح ستادی و واحدهای عملیاتی
 ۱۱. بازبینی و اصلاح تصمیمات هر دو سال یک‌بار در اجرای برنامه پنج‌ساله توسعه سلامت
 ۱۲. تقویت نظام مستندسازی و مدیریت دانش استقرار برنامه توسعه سلامت
 ۱۳. ایجاد تعادل میان اعضای موظف در شورای عالی ساغ (تعادل میان اعضای تقنینی، اجرایی و قضایی)
 ۱۴. ارائه گزارش سالانه تعریف‌شده، مصوب شده و تکلیفی از عملکرد بخش‌های مختلف اقتصادی به زبان مدیریتی برای حاکمیت و به زبان مردم فهم برای کلیه اقشار جامعه
 ۱۵. انتخاب و انتصاب مدیران بر اساس شرایط احراز بسیار سخت و مصوب و برگزاری آموزش‌های فشرده و مبتنی بر شایستگی‌ها و مهارت‌های موردنیاز
 ۱۶. به‌جای آنکه از وزیر و هیئت دولت برای اخذ رأی اعتماد برنامه بخواهیم، در مملکت ما باید برنامه اجرایی را مجلس مبتنی بر برنامه‌های توسعه و با کمک شوراهای عالی تهیه و تصویب نماید و از وزیر بخواهد بر اساس متن مشترک مجلس و شوراهای دولت، برنامه خود را پیشنهاد دهد.

محدودیت‌های انجام مطالعه

۱. کمبود پیمایش‌های ملی و داده‌های کمی قابل استناد مرتبط مواد قانونی قابل بررسی
۲. دسترسی محدود به آمار و مستندات وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر

۳. با توجه به نحوه ارزیابی و مستندات موجود، امکان ارزیابی کمی برای تعیین میزان دسترسی به اهداف قانون برنامه پنجم بسیار سخت بود که محققان مجبور شدند برای این منظور به نظر خبرگان جهت کمی سازی داده‌ها متوسل شوند.
۴. گستردگی و تعداد زیاد بندهای قانونی موردبررسی نیاز به چندین مصاحبه و نشست‌های تخصصی داشت تا جمع‌بندی حاصل شود.
۵. نبود مطالعات مشابه جهت مقایسه با نتایج مطالعه حاضر در قسمت بحث و نتیجه‌گیری

راه آینده

۱. انجام مطالعاتی در مورد دلایل عدم اجرای قوانین و سیاست‌های سلامت در ایران
۲. طراحی و پیاده‌سازی مدلی جهت پیاده‌سازی کشوری قوانین سلامت در کشور
۳. طراحی و پیاده‌سازی مدلی جهت همکاری‌های بین بخشی جهت پیشبرد قوانین سلامت
۴. پیش‌نیاز ضروری جهت تحول در نظام سلامت، فراهم کردن زیرساخت‌های اساسی از جمله نظام دیده‌بانی، به‌عنوان ابزاری جهت رصد وضعیت سلامت، زیرساخت‌ها، برنامه‌ها و ... است. چراکه عدم وجود چنین نظامی باعث انحراف در تصمیم‌گیری‌ها و عدم شناسایی پیامدهای حاصل از سیاست‌ها می‌شود.

۱. 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. ۲۰۰۹; ۱۵ (۳): ۲۹-۵۰.
 ۲. 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 ۱۳۹۳; ۳(۱): ۷۷-۸۸.
 ۳. Khodabakhshi M, Nowrouzadeh R. The Necessity of Considering Public Sectors' Efficiency and Productivity Measurement in Iran's Fifth Development Plan according to Power Supply Industry's Technical Efficiency Evaluation by DEA Technique. JOM&DP. ۲۰۱۱; ۲۳ (۲): ۳-۲۷.
 ۴. Akhavan Behbahani A. Analytical review of health policies in development plans. Journal of Medical Council of Iran ۲۰۱۳; ۳۱(۲): ۱۰۵-۱۱۲.
 ۵. Gholami S, Azimi M. Pathology of economic development programs after the victory of Islamic Revolution. Vice-Chancellery for Research in Islamic Azad University, ۲۰۰۹.
 ۶. اخوان بهبهانی علی، رهبری بناب مریم. ارزیابی تبصره‌ی ۲ ماده‌ی ۳۲ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه‌ی کشور در خصوص پدیده‌ی دو شغله بودن پزشکان از دیدگاه صاحب‌نظران و خبرگان حوزه‌ی سلامت کشور- قابلیت اجرا و چالش‌های آن. مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۴؛ ۳۳(۱): ۱۵-۲۰.
 ۷. 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 ۱۹۹۹; ۲(۵): ۱-۳۳.
 ۸. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. درباره برنامه پنجم توسعه، آسیب‌شناسی برنامه‌های توسعه در ایران. ویرایش اول. تهران ۱۳۸۸. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. صص ۲-۲۰.
 ۹. Azizkhani F, Varmarzyar H. Evaluation of regulatory mechanism for the Fifth Development Plan. Majlis & Rahbord ۲۰۱۱; ۱۸(۶۷): ۱۶۴-۲۱۱.
 ۱۰. اشتریان کیومرث، کشور دوست سمانه، حاجی احمدی فاطمه. بررسی تأثیر عوامل سیاسی بر اجرای برنامه پنجم توسعه. پژوهشکده علوم سیاسی ۱۳۹۳؛ ۹(۴): ۷-۲۲.
 ۱۱. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ارزیابی کلی برنامه‌های پس از انقلاب. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. تهران ۱۳۸۹. صص ۲۱-۲۹.
 ۱۲. پیروزمند علیرضا. ارزیابی نقدهای برنامه‌های توسعه اقتصادی ایران. مجله اقتصاد اسلامی ۱۳۸۱؛ شماره ۷، صص ۱۱۷-۱۳۶.
 ۱۳. تحلیل برنامه‌های توسعه کشور قبل و بعد از انقلاب اسلامی.
- Available from: teerex.ir
۱۴. Developing an Effective Evaluation Plan. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity, ۲۰۱۱.

Available from: <https://www.cdc.gov/obesity/downloads/cdc-evaluation-workbook-۲۰۱۸.pdf>

۱۵. Reynolds HW, Atuahene K, Sutherland E, Amenyah R, Kwao ID, Larbi ET. Development of a Nationally Coordinated Evaluation Plan for the Ghana National Strategy for Key Populations. J AIDS Clin Res. ۲۰۱۴;۵(۱۲):۳۸۹.