

## سومین نشست گفتمان سیاستی

شناسایی و تحلیل فرآیند تصویب، ابلاغ و نظارت بر اجرای قوانین در

حوزه تأمین و توزیع منابع نظام سلامت در

مجلس شورای اسلامی و راهکارهای بهینه‌سازی سلامت

موسسه ملی تحقیقات سلامت

۱۳۹۶/۰۵/۰۸



مَدَامُ



## مقدمه

امروز در خدمت جناب آقای دکتر امامی رضوی، جناب آقای دکتر محسن پور و آقای دکتر اکبری ساری هستیم. کار پژوهشی که در قالب پایان نامه انجام شده است تحلیل و شناسایی فرآیند تصویب، ابلاغ و نظارت بر قوانین در حوزه توزیع منابع نظام سلامت است. این مورد قرار است موضوع بحث امروز باشد. پیشنهاد این جلسه به فرمایش جناب آقای دکتر امامی رضوی و آقای دکتر اکبری ساری صورت گرفت. این جلسه، جلسه گفتمان سیاستی است، ما در این جلسات قرار است یک موضوع را که اهمیت سیاستی دارد مطرح کنیم و از نظرات افراد بهره‌مند شویم. برای برگزاری چنین جلسه‌ای چند شرط وجود دارد، یکی از این شرطها این است که ما بعداً در صحبت‌هایمان از نکات و اطلاعاتی که در این جلسه بیان می‌شود استفاده می‌کنیم اما هیچ‌وقت ذکر نمی‌کنیم چه کسانی در این جلسه حضور داشتند و نظراتشان چه بود بنابراین می‌توانیم به راحتی صحبت کنیم. من از حوزه پژوهش موسسه و آقای دکتر ریاضی که زحمت هماهنگی این جلسات را می‌کشند تشکر می‌کنم. بهتر است کیفیت جلسه را به کمیت افراد ترجیح دهیم و این فرصت خوبی است که همگی اظهار نظر کنیم و در این بحث شرکت کنیم.

**دکتر محسن پور**

همان‌طور که مستحضرید موضوع مطالعه ما شناسایی و تحلیل فرآیند تصویب، ابلاغ و نظارت بر اجرای قوانین در حوزه تأمین و توزیع منابع نظام سلامت در مجلس شورای اسلامی و راهکارهای بهینه‌سازی است. با توجه به این‌که من در حوزه قانون‌گذاری آموزش و پرورش و همچنین وزارت بهداشت حضور داشتم به این موضوع علاقه‌مند شدم و با راهنمایی اساتید ارجمند جناب آقای دکتر اکبری ساری، آقای دکتر امامی، آقای دکتر امین‌لو این موضوع را انتخاب کرده و روی آن مطالعه کردم.

همه سازمان‌ها از جمله سازمان‌های فعال در نظام سلامت همیشه با محدودیت منابع روبرو هستند بنابراین نیازمند یک سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی جامع و دقیق برای فراهم شدن و استفاده بهینه از منابع هستند. علت دیگری که به این مطالعه پرداختیم نهادهای مختلفی مثل مجلس، دولت، وزارت بهداشت، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان‌های بیمه‌گر از ذی‌نفعان و نقش‌آفرینان مهم و تأثیرگذار در تأمین و تخصیص منابع نظام سلامت هستند.

در بیان مسئله سیاست‌گذاران حوزه سلامت نیاز دارند با فرآیند و مراحل تصویب قانون در دولت و مجلس آشنا شوند چون آشنایی با محدودیت‌ها و چالش‌های این فرآیند باعث می‌شود تا به استفاده بهینه از منابع محدودی که وجود دارد اندیشیده شود.

## بیان مسئله

- تمام سازمان‌ها از جمله سازمان‌های فعال در نظام سلامت همواره با محدودیت منابع روبرو هستند و نیازمند سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری و برنامه‌ریزی جامع و دقیق به‌منظور فراهم نمودن و استفاده بهینه از منابع می‌باشند.
- نهادهای مختلف و متعدد شامل دولت، مجلس، وزارت بهداشت، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان‌های بیمه‌گر و NGO و ... از ذینفعان و نقش‌آفرینان مهم و تأثیرگذار در تأمین و تخصیص منابع نظام سلامت هستند.
- سیاست‌گذاران حوزه سلامت نیاز دارند تا با فرآیند و مراحل تصویب قوانین در دولت و مجلس آشنا شوند زیرا آشنایی با محدودیت‌ها و چالش‌های این فرایند باعث می‌شود تا به استفاده بهینه از منابع موجود کشور بیشتر بیندیشند.
- پیدا کردن نقاط قوت و ضعف قانون‌گذاری، عوامل مؤثر بر تصویب و عدم تصویب یک قانون در حوزه سلامت و میزان توجه نمایندگان به حوزه سلامت ضروری به نظر می‌رسد.
- با توجه به اهمیت شناسایی فرایند تصویب، ابلاغ و اجرای قوانین مختلف در ارتباط با نظام سلامت و به‌ویژه قوانین مرتبط با تأمین، توزیع و تخصیص منابع به نظر می‌رسد بررسی دقیق این فرایند و تعیین نقش سازمان‌ها، نهادها و مؤسسات دخیل در آن تأثیر بسزایی در شناسایی نقایص و اصلاح این فرآیند خواهند داشت.

- تأثیر افراد و سازمان‌های مختلف و نقش آن‌ها در قانون‌گذاری از موضوعاتی است که تاکنون مورد مطالعه دقیق قرار نگرفته است. مراحل قانون‌گذاری را در اسلاید مشاهده می‌کنید:



قانون مورد نظر یا به صورت لایحه از طریق دولت به مجلس می‌رود یا نمایندگان مجلس موضوعی در حوزه سلامت را به عنوان طرح به مجلس وارد می‌کنند، هیئت‌رئیس مجلس این دو موضوع را به کمیسیون مربوطه که معمولاً کمیسیون بهداشت است، ارجاع می‌دهد. در آنجا راجع به موضوع بحث می‌شود، در صحن رأی‌گیری می‌شود و در آخر تصویب می‌شود و به شورای نگهبان برای بررسی‌های لازم ارجاع داده می‌شود. پس از آن دوباره به مجلس بازمی‌گردد و از طریق ابلاغ مجلس به رئیس‌جمهور تبدیل به قانون می‌شود و از آن استفاده می‌شود. در این روش تحقیق، ما هم هدف اصلی و هم هدف اختصاصی را مشخص کرده‌ایم.



## هدف اصلی

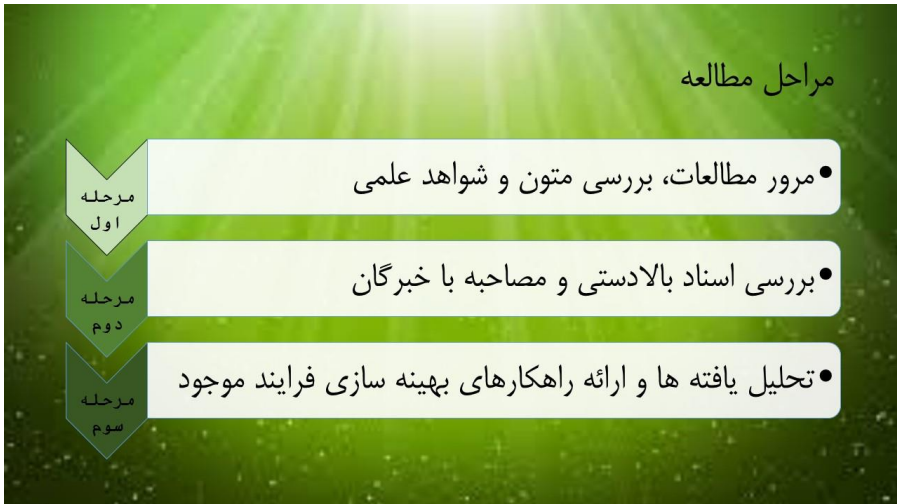
شناسایی و تحلیل فرآیند تصویب، ابلاغ و نظارت بر اجرای قوانین در حوزه تأمین و توزیع منابع نظام سلامت در مجلس شورای اسلامی و ارائه راهکارهایی برای بهینه‌سازی آن

## اهداف اختصاصی

- ۱- شناسایی روند قانون‌گذاری کشورهای منتخب در حوزه تأمین و توزیع منابع نظام سلامت
- ۲- شناسایی روند قانون‌گذاری، معیارها و مبانی علمی قانون‌گذاری در حوزه تأمین و توزیع منابع نظام سلامت در ایران
- ۳- شناسایی فرآیند تعیین نیازهای منابع نظام سلامت کشور و ارائه آن در قالب طرح در مجلس و لایحه در دولت
- ۴- شناسایی فرآیند تصویب، ابلاغ، نظارت و اقدامات کنترلی مجلس بر اجرای مصوبات و قوانین حوزه تأمین و توزیع منابع نظام سلامت
- ۵- تعیین راهکارهای بهبود فرآیند.

## مراحل مطالعه

مراحل این مطالعه به شرح زیر هستند:



ما می‌خواستیم روند قانون‌گذاری هفت کشور را بررسی کنیم و بدانیم آیا در کشور ما از معیار خاصی برای قانون‌گذاری در حوزه توزیع منابع سلامت استفاده می‌شود؟ فرآیند تعیین نیازهای منابع نظام سلامت برعهده چه کسی و چه سازمانی است؟ چگونه بر تصویب و ابلاغ مصوبات نظارت می‌شود و درنهایت راهکارهای بهبود فرآیند را تعیین کنیم. ما این مطالعه را به سه مرحله تقسیم کردیم.

ابتدا بررسی متون و شواهد علمی را انجام دادیم، اسناد بالادستی حوزه سلامت را مطالعه کردیم و با خبرگان این حوزه مصاحبه کردیم. در مرحله سوم تحلیل یافته‌ها و ارائه راهکار را بررسی کردیم. در مرحله اول در بررسی متون، به بررسی تجربه کشورهای منتخب پرداختیم. برای این منظور پایگاه‌های داده زیر بررسی شدند:

Google scholar, Scopus, PubMed, SID, Iran Medex

همچنین اقدام به جستجوی گزارش‌ها، مستندات در پایگاه اطلاعاتی پارلمان‌ها، وزارت بهداشت کشورهای منتخب در فاصله خرداد سال ۱۳۹۴ لغایت شهریور ۱۳۹۵ شد. خروجی این مرحله از تحقیق؛ فهرستی از سازوکارها، معیارها و مبانی علمی قانون‌گذاری مدل‌ها، الگوها، چهارچوب و روش‌های آن در حوزه تأمین و توزیع منابع سلامت بود (جهت رسیدن به اهداف ۱ و ۲).

در مرحله دوم مطالعه به اسناد بالادستی موجود در کشور مراجعه کردیم. در همین مرحله مصاحبه با خبرگان را شروع کردیم. از طریق جستجوی کتابخانه‌ای و مشاهده وبسایت‌ها اسناد تعدادی از وزارتخانه‌ها مثل وزارت بهداشت و وزارت تعاون و اقتصاد را بررسی کردیم.



مصاحبه‌شوندگان ما از بین کسانی انتخاب شد که درگیر در مسائل سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در حوزه سلامت باشند. در وزارت بهداشت با معاونین وزیری که مرتبط با

توزیع منابع نظام سلامت بودند مصاحبه شد. با اعضای سازمان برنامه و بودجه، کمیسیون بهداشت که جایگاه مهمی برای تصمیم‌گیری بود، هیئت‌رئیس دانشگاه‌های علوم پزشکی که مجریان تصمیم و سیاست‌ها هستند، از دستگاه‌های نظارتی با بازرسی کل کشور و دیوان محاسبات هم مصاحبه شد.

## اسناد بررسی شده

اسناد زیر نیز مورد بررسی قرار گرفتند:

۱. برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه فرهنگی اقتصادی و اجتماعی کشور
۲. قوانین مصوب مربوط به حوزه سلامت شامل قوانین بودجه از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۵، قانون هدفمندی یارانه‌ها،
۳. قانون اعطای مجوز استخدام نیروی انسانی بهداشتی و درمانی،
۴. قانون اصلاح جداول شماره ۴ و ۸ برنامه چهارم و بودجه سال ۱۳۸۵ به منظور تأمین کسری اعتبار دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
۵. قانون متمم بودجه سال ۱۳۸۴،
۶. قانون اصلاح بودجه سال ۱۳۸۶ کل کشور،
۷. قانون الغای بند ظ تبصره ۱۴ قانون بودجه سال ۱۳۸۶ کل کشور،
۸. قانون اصلاح جزء ۱ بند ح و الحاق بند د به تبصره ۲۰ قانون بودجه سال ۱۳۸۴،
۹. قانون اصلاح قانون بودجه سال ۱۳۸۷ کل کشور،
۱۰. قانون اصلاح بودجه سال ۱۳۸۸ کل کشور،

۱۱. قانون افزایش سقف اعتبار مازاد درآمد اختصاصی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور

### **ابزار گردآوری داده‌ها**

ابزار گردآوری داده‌های ما از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته بود؛ زیرا با افرادی مصاحبه شد که دارای اطلاعات ذی‌قیمتی بودند؛ مانند تمام مصاحبه‌ها یادداشت‌برداری و ضبط و پیاده‌سازی انجام شد. پس از تکمیل و تطبیق با یادداشت‌ها و تماس مجدد با برخی از مصاحبه‌شوندگان برای رفع ابهامات؛ تجزیه و تحلیل بر مبنای چارچوب مفهومی مطالعه، انجام شد.

### **روش تحلیل داده‌ها**

روش تحلیل داده‌های ما روش تحلیل محتوا بود. ما سعی کردیم داده‌های خود را بر اساس دسته‌هایی بر اساس تم‌ها و مفاهیم تحلیل کنیم. هم‌زمان با جمع‌آوری داده و مصاحبه به تحلیل آن‌ها پرداختیم. مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد و با یک رویکرد استنتاجی و استقرایی با داده‌ها برخورد کردیم و برای داده‌ها کدگذاری کردیم. مقایسه کشورهای منتخب از طریق واحدهای پیشنهاددهنده بسیار مهم بود. مجری و ناظر مصوبات و تأمین‌کننده منابع مالی هم بررسی شد.

## یافته‌های مطالعه

در این مطالعه متوجه شدیم نهاد اصلی پیشنهاد دهنده قوانین در حوزه سلامت در کشورهای مطالعه شده وزارت بهداشت است. منبع تأمین مالی کشورهای مطالعه شده شامل مالیات و حق بیمه بوده است. نکته مهمی که به آن رسیدیم این است که همه نهادهای مسئول در قانون‌گذاری و تأمین منابع در این کشورها متفاوت بودند.

جدول ۱-۲ مقایسه تطبیقی کشورهای مورد مطالعه از نظر واحدهای پیشنهاد دهنده، مجری، ناظر و تأمین کننده مالی

واحد مجری	واحد نظارت	واحد تأمین مالی	منبع تأمین مالی	واحد قانونگذار	واحد پیشنهاد دهنده قوانین مالی	
وزارت بهداشت	اداره ملی انگلیس	وزارت دارایی	مالیات و بیمه ملی	مجلس عوام	وزارت بهداشت	انگلیس
وزارت بهداشت	اداره حسابداری کل		مالیات بر حقوق - حق بیمه ها - کمک های عمومی دولت مرکزی	کنگره	مجلس نمایندگان - مجلس سنا - وزارت بهداشت	آمریکا
وزارت بهداشت	دفتر نظارت بر بودجه دولت	وزارت بودجه - وزارت امور مالی	مالیات بر دستمزد و مالیات های مرکزی	پارلمان و دولت	وزارت امور اجتماعی، سلامت و حقوق زنان	فرانسه
وزارت بهداشت	ممیزان داخلی و خارجی	وزارت اقتصاد	مالیات	مجلس - هیات وزیران	وزارت بهداشت - مجلس	ترکیه
وزارت بهداشت و رفاه		وزارت برنامه و بودجه	مالیات	مجلس شورای ملی	وزارت بهداشت و رفاه	کره جنوبی
وزارت سلامت و رفاه خانواده	نظارت ایالتی	وزارت اقتصاد	مالیات	مجلس نمایندگان - مجلس اعلا	وزارت سلامت و رفاه خانواده	هند
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	دیوان محاسبات - سازمان بازرسی کل کشور	وزارت امور اقتصادی و دارایی	مالیات	مجلس شورای اسلامی	مجلس - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	ایران

در کشور ما دیوان محاسبات و در برخی کشورها مثل ترکیه ممیزی خارج از سازمانی بر توزیع منابع نظارت دارند. در انگلیس اداره‌ای به اسم اداره ملی این قوانین را بررسی می‌کند. در تمام کشورهای مورد مطالعه مجلس نمایندگان مسئول اصلی تصویب قانون در حوزه سلامت است.

### تحلیل یافته‌های مربوط به بررسی اسناد بالادستی

تحلیل یافته‌های مربوط به اسناد بالادستی بیانگر آن بود که اغلب قوانین مربوط به توزیع منابع سلامت؛ مصوب در مجلس شورای اسلامی در ارتباط با تخصیص منابع مالی در وزارت بهداشت و واحدهای تابعه بوده‌اند.

البته در محدود مواردی قوانینی نیز برای توزیع منابع انسانی، تسهیلات و تجهیزات به تصویب رسیده‌اند.

موضوع مهم دیگر اینکه تقریباً تمامی قوانین سلامت مصوب در طول دوره موردبررسی در این پژوهش از نوع لایحه بوده‌اند

درواقع می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با توجه به اهمیت تأمین مالی بخش سلامت و لزوم تخصیص مبالغ نسبتاً چشمگیر به این بخش برای رفع نیازهای سلامت مردم؛ اغلب قوانین مصوب در مجلس شورای اسلامی در رابطه با تخصیص منابع مالی می‌باشند. این یافته همچنین بیانگر آن است که مجلس تنها در زمینه تصویب منابع مالی بخش سلامت به‌طور فعال عمل می‌کند و وزارت بهداشت دارای آزادی کافی در چگونگی استفاده از این منابع می‌باشد.

### قوانین مرتبط با تأمین و توزیع منابع نظام سلامت

ماده ۵۰	برنامه چهارم توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور
د) دولت موظف است، به‌منظور حمایت از دانشجویان آن عده از مؤسسات آموزش عالی غیردولتی - غیرانتفاعی دارای مجوز از وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فن‌آوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که صندوق رفاه دانشجویان آن‌ها تشکیل نشده است. اعتبار خاصی را علاوه بر اعتبارات معمول به‌طور موقت در اختیار صندوق رفاه دانشجویان قرار دهد تا به‌عنوان وام قرض‌الحسنه بلندمدت در اختیار دانشجویان این‌گونه مؤسسات قرار گیرد. استفاده‌کنندگان وام مذکور،	

<p>موظف به بازپرداخت آن در اقساط بلندمدت پس از فراغت از تحصیل هستند</p>	
<p>ماده ۲۲۴ م) بند ۲- مزاد درآمد اختصاصی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی که دارای مجوز از شورای گسترش آموزش عالی وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر مراجع قانونی ذی‌ربط می‌باشند در سقف اعتباراتی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌شود حسب مورد به همان دانشگاه و مؤسسه‌ای که درآمد را کسب کرده‌اند، اختصاص می‌یابد</p>	<p>برنامه پنجم توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور</p>
<p>تبصره ۱۴) و - پنج درصد از اعتبارات پژوهش‌های کاربردی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و واحدهای تابعه به‌منظور انجام تحقیقات پایه‌ای و بالینی برای ارتقای سطح سلامت جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان اختصاص یابد</p>	<p>برنامه بودجه ۱۳۸۵</p>
<p>تبصره ۱۴) د- به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجازه داده می‌شود: ۱- با رعایت استاندارد مربوطه به ازای ثبت هر قلم دارو یا مواد اولیه آن توسط شرکت‌های خارجی یا نمایندگی آنان در داخل کشور و ثبت هر کارخانه تولیدکننده فرآورده‌های آرایشی، بهداشتی و غذایی یا مواد اولیه و تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی آن توسط شرکت‌های خارجی یا نمایندگی آنان در داخل کشور معادل پنجاه و چهار میلیون ریال و برای ثبت هر قلم فرآورده‌های مذکور مبلغ نه میلیون ریال دریافت و به حساب درآمد اختصاصی موضوع ردیف ۱۴۰۱۰۴ قسمت سوم این قانون واریز نماید.</p>	<p>برنامه بودجه ۱۳۸۶</p>
<p>مبلغ یک هزار و دویست میلیارد اعتبارات جزء ۲۲ ردیف ۵۵۰۰۰۰ از جدول شماره ۹ به‌عنوان وجوه اداره شده در اختیار وزارتخانه‌های علوم و تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی قرار می‌گیرد تا از طریق صندوق رفاه آنان به‌صورت وام قرض‌الحسنه با حداقل کارمزد بابت پرداخت</p>	<p>برنامه بودجه ۱۳۸۷</p>



## شناسایی و تحلیل فرآیند تصویب، ابلاغ و نظارت بر اجرای قوانین در حوزه تأمین و

### توزیع منابع نظام سلامت

<p>شهریه به دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد تا پس از فراغت از تحصیل به تدریج بازپرداخت کنند.</p>	
<p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است علاوه بر تخصیص صد درصد درآمد اختصاصی مکتسبه بیمارستان، معادل ۱/۶ برابر تعرفه مصوب دولتی حق العلاج و هزینه‌های تخت بستری از منابع عمومی بیمارستان‌های فوق و از محل اعتبار بند (۹) ردیف ۵۵۰۰۰۰ که در اختیار دانشگاه قرار می‌گیرد، مطابق عملکرد هر بیمارستان پرداخت نماید. این بیمارستان‌ها هیچ‌گونه اعتبار هزینه‌ای دیگری غیر از منابع فوق از منابع عمومی دریافت نخواهند کرد.</p>	بودجه ۱۳۸۸
<p>۷- در سال ۱۳۸۹ حقوق و مزایای کارکنان قراردادی سالانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سقف شاغلین در آخر بهمن ۱۳۸۸ مشابه سایر کارکنان پیمانی و رسمی منحصراً از طریق سازوکار موضوع بند (و) تبصره (۱۹) قانون بودجه سال ۱۳۸۶ توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی پرداخت می‌گردد.</p>	برنامه بودجه ۱۳۸۹
<p>۲- از محل افزایش درآمد حاصل از صادرات نفت و میعانات گازی مازاد بر مبالغ مندرج در بند (۱) این قانون قبل از واریز به حساب ذخیره ارزی معادل ریالی مبالغ زیر پس از واریز به خزانه اختصاص می‌یابد:</p> <p>(ب) سه میلیارد دلار به بخش سلامت (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) در اجرای اهداف بند ب ماده ۳۴ برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه.</p>	برنامه بودجه ۱۳۹۰
<p>۱۵- کلیه سازمان‌های بیمه‌گر خدمات درمانی موظف‌اند شصت درصد صورتحساب‌های ارسالی از سوی مؤسسات و مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌های طرف قرارداد را قبل از رسیدگی حداکثر ظرف مهلت دو هفته به عنوان علی‌الحساب و بقیه مطالبات را حداکثر تا سه ماه پس از تحویل اسناد مربوط، به نماینده رسمی صندوق مذکور پرداخت کنند. در صورت عدم اجرای حکم این بند سازمان‌های بیمه‌گر موظف‌اند ضرر و زیان آن را به نرخ پانزده درصد جبران نمایند.</p>	برنامه بودجه ۱۳۹۱
<p>۳۷</p>	برنامه بودجه ۱۳۹۲

<p>- دولت مکلف است مبلغ هشت هزار میلیارد ریال از محل فروش سهام شرکت‌های دولتی را به منظور تهیه و اجرای طرح‌های هادی و پروژه‌های دارای اولویت در زمینه بهسازی روستاها، احداث و نگهداری راه‌های روستایی، آب‌رسانی روستایی، احداث خانه بهداشت و توسعه ورزش روستایی بر اساس شاخص‌های برخورداری هر شهرستان اختصاص دهد.</p>	
<p>تبصره ۸ ج - عوارض واردات خودروهای سواری به میزان پنج درصد (۵٪) قیمت تحویل روی کشتی (فوب) افزایش می‌یابد. درآمد حاصله پس از واریز به حساب خزانه‌داری کل کشور تا سقف یک هزار و پانصد میلیارد ریال به منظور تأمین آمبولانس مورد نیاز اورژانس کشور در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می‌گیرد.</p>	<p>برنامه بودجه ۱۳۹۳</p>
<p>سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور مکلف است اعتبارات هزینه‌های مراکز و مؤسسات تحقیقاتی و پژوهشی وابسته به دانشگاه‌ها و وزارتخانه‌هایی را که در این قانون دارای ردیف بودجه هستند صرفاً بر اساس پیشنهاد دانشگاه یا وزارتخانه ذی‌ربط در مقاطع سه‌ماهه متناسب با وصول درآمدها و در سقف اعتبارات مصوب اختصاص دهد</p>	<p>برنامه بودجه ۱۳۹۴</p>
<p>تبصره ۹) بند الف- به دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی و پارک‌های علمی و فناوری اجازه داده می‌شود تا سقف درآمد اختصاصی سال ۱۳۹۴ نسبت به اخذ تسهیلات از بانک‌ها اقدام کنند و در جهت تکمیل طرح‌های تملک‌داری‌های سرمایه‌ای خود استفاده نمایند و نسبت به بازپرداخت اقساط از محل درآمد اختصاصی خود اقدام کنند.</p>	<p>برنامه بودجه ۱۳۹۵</p>

این یافته‌ها بیانگر این است که مجلس تنها در بخش تصویب منابع مالی نظام سلامت به‌طور فعال عمل می‌کند و وزارت بهداشت هم از آزادی کافی برای چگونگی استفاده از

این منابع را دارد. کلیات فرایند تصویب، اجرا و نظارت بر قوانین در اغلب کشورهای مورد مطالعه مشابه می باشد و آنچه باعث تفاوت نظام سلامت این کشورها می شود عمدتاً عوامل متفاوت فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی می باشد که بر روند تصویب قوانین، چگونگی اجرای آنها و نیز نحوه نظارت بر آنها اثر می گذارند.

## بافتار

### عوامل اجتماعی

در عوامل اجتماعی به این نتیجه رسیدیم که نیاز یکی از عوامل اصلی اهمیت یافتن موضوع جهت طرح مجلس است.

#### ۱-۱ عوامل اجتماعی:

نیاز: بنا بر ادعای صاحب نظران "نیاز" یکی از عوامل اصلی اهمیت یافتن موضوعات جهت طرح در مجلس می باشد.

• افزایش انتظارات مردم: با توجه به سرعت و سهولت انتشار اطلاعات در دنیای مدرن امروز، مردم بیش از پیش نسبت به حقوق خود و وظایف سازمانهای بهداشتی و درمانی در قبال خود آگاه می شوند:

• مصاحبه شونده سوم: "مردم دیگه اون آدمای بی اطلاع یک دهه قبل نیستن، انتظاراتشون از دولت و نظام سلامت زیاد شده و چیزی بیش از خدمات سلامت میخوان چیزی مثل احترام، حفظ شان اجتماعی و محرمانگی حریمشون"

## عوامل اقتصادی

عوامل اقتصادی و محدودیت بودجه وزارت بهداشت و نیاز به دریافت مالی، انسانی و فیزیکی یکی از عوامل اثرگذار در طرح موضوع بوده است.

### ۱-۲ عوامل اقتصادی

**بودجه سالانه:** محدودیت بودجه وزارت بهداشت و نیاز به دریافت منابع مالی، انسانی و فیزیکی یکی از عوامل اثرگذار در طرح موضوعی بصورت قانون می باشد

**تحریم های بین المللی:** این تحریم ها در تمامی بخش های جامعه دارای اثرات منفی بوده اند اما بزعم مصاحبه شوندهگان اثرات آنها در بخش سلامت بیش از سایر بخش ها بوده است علت این امر نیز توان درآمدزایی محدود این بخش و وابستگی بالای آن به بودجه دولتی می باشد.

نبود زیرساختهای لازم برای درآمدزایی در بخش سلامت

• مصاحبه شونده چهاردهم: "شاید یکی از عواملی که باعث شده در سالهای اخیر توزیع بودجه در بخش سلامت خیلی مناسب نباشد تحریم هایی هست که به کشور تحمیل شد و بخش سلامت هم خواه و ناخواه تحت تاثیر قرار گرفت."

## عوامل سیاسی

در عوامل سیاسی نیز موارد زیر شناسایی شدند:

### نیاز به آراء مردم

گاهی نمایندگان مجلس برای کسب محبوبیت میان مردم و اطمینان از انتخاب شدن در دوره بعدی انتخابات اقدام به تصویب قوانینی می‌کنند که بر اساس منطق و برنامه‌ریزی مشخصی تدوین نشده‌اند

### اجبار به ادامه اجرای قوانین مصوب در دولت‌های پیشین

به‌عنوان نمونه برخی از مصاحبه‌شوندگان به قانون پرداخت یارانه به عموم مردم اشاره کردند که توسط دولت پیشین به تصویب رسید و دولت حاضر به دلایل سیاسی و نیز برای اجتناب از نارضایتی مردم همچنان اقدام به اجرای آن می‌نماید درحالی‌که بسیاری از متخصصان اقتصادی معتقدند اجرای این قانون به‌درستی انجام نشد و درنهایت پیامدهای منفی برای اقتصاد جامعه خواهد داشت.

## فرایند

پس از آن به عوامل مؤثر در فرایند پرداختیم.

### عوامل مربوط به نیروی انسانی

- وجود رویکردهای فکری مختلف میان نمایندگان مجلس
- صلاحیت مشاوران وزارت بهداشت
- میزان آگاهی و تبحر نمایندگان در کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی و هیئت دولت
- کیفیت تصمیمات نمایندگان
- باور نمایندگان و هیئت دولت نسبت به اهمیت حوزه سلامت

### عوامل مربوط به ساختار

کیفیت بدنه کارشناسی در وزارت بهداشت برای تعیین بودجه مورد نیاز تفاوت‌های منطقه‌ای در تخصیص بودجه دسترسی نمایندگان مجلس به داده‌های صحیح

### عوامل مربوط به منابع مالی

- وجود منابع
- پایداری منابع مالی

### عوامل اجرایی

در فرایند ما عوامل اجرایی بسیار مؤثر هستند:

- نحوه استفاده از بودجه در بخش سلامت
- وجود برنامه منسجم در سطح وزارت بهداشت

- قائم به فرد بودن برنامه‌ها در وزارت بهداشت
- زمان تخصیص بودجه از سوی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی
- اختلاف سلیقه نمایندگان

### عوامل مدیریتی

- اختلاف سلیقه وزارت بهداشت و وزارت رفاه
- نحوه اعمال نظارت از سوی وزارت بهداشت بر اجرای قوانین
- تغییرات سریع مدیران سلامت
- چگونگی انتخاب مدیران نظام سلامت
- استفاده از پتانسیل مدیریتی افراد در وزارت بهداشت
- تقابل مدیران سلامت با یکدیگر
- مشاوره با افراد ذیصلاح و استفاده مناسب از تجارب سایر کشور
- بازیابی فرمول‌ها و شاخص‌های تدوین بودجه توسط وزارت بهداشت
- استدلال‌های ارائه‌شده از جانب وزارت بهداشت
- آگاهی نمایندگان نسبت به موضوع
- لابی‌گری و ارتباطات غیررسمی

### عوامل مربوط به قوانین

- وجود قوانین موفق مشابه
- محتوای قوانین پیشین
- تغییر قوانین متناسب با نیازهای روز جامعه

### عوامل مربوط به نظارت بر اجرای قوانین

پس از فرآیند به نظارت بر اجرای قوانین رسیدیم. در مطالعه عوامل مؤثر بر سازمان‌های نظارت‌کننده، رفتار حرفه‌ای در نظارت، زمان ارائه گزارش‌های بازرسی، روابط و مناسبات میان مدیران نظارتی و ... مؤثر است. رفتار افرادی که بر این موارد نظارت می‌کنند یک رفتار حرفه‌ای نیست. زمان‌بندی خاصی برای نظارت وجود ندارد. مدیر از نظارت بسیار وحشت دارد.

الف) عوامل مربوط به سازمان‌های نظارت‌کننده:

- برنامه نظارتی مدون
- رفتار حرفه‌ای در نظارت
- زمان ارائه گزارش‌های بازرسی
- روابط و مناسبات میان مدیران اجرایی و نظارتی

ب) عوامل مربوط به سازمان‌های اجراکننده:

- کنترل داخلی
- شیوه‌های اجرایی پیشین



## تحلیل ذینفعان

ما در تحلیل ذی‌نفعان، موضع‌گیری و قدرت بازیگران در تصویب، اجرا و نظارت بر قوانین را بررسی کردیم.

ردیف	نهاد یا سازمان	علاقه به موضوع	موضع‌گیری	قدرت
۱	دولت	متوسط	متوسط	زیاد
۲	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	زیاد	حمایت بالا	زیاد
۳	سازمان برنامه ریزی و مدیریت کشور	متوسط	متوسط	زیاد
۴	مجلس و کمیسیون بهداشت و درمان	متوسط	متوسط	زیاد
۵	سازمان بازرسی کل کشور	متوسط	متوسط	متوسط
۶	دیوان محاسبات	متوسط	متوسط	متوسط
۷	وزارت اقتصاد و دارایی	متوسط	متوسط	زیاد
۸	مردم	بسیار	حمایتی	کم

تحلیل ذینفعان بیانگر آن بود که در میان بازیگران؛ قدرتمندترین ارگان‌ها شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مجلس شورای اسلامی بودند که دارای نقشی اساسی در تدوین و اجرای قوانین می‌باشند. وزارت بهداشت به‌عنوان تهیه‌کننده متن برخی از طرح‌های پیشنهادی و نیز اجراکننده قوانین مرتبط با توزیع منابع دارای قدرت قاطع می‌باشد اما گاهی نیز این موقعیت به علت فراهم نبودن زمینه سیاسی، اقتصادی و اجتماعی تضعیف می‌گردد.

هرچند انتظار می‌رود سازمان بازرسی کل کشور و دیوان محاسبات دارای نقشی سازنده و فعال در نظارت بر اجرای قوانین باشند اما بررسی‌ها نشان داد این دو ارگان بیشتر به صورت منفعل عمل می‌کنند تا فعال و سازنده.

مردم نیز اگرچه محور اصلی تصمیمات نظام سلامت می‌باشند اما نقشی فعال در تدوین و اجرای قوانین ندارند البته خوشبختانه اجرای صحیح قوانین تأمین‌کننده منافع آن‌ها می‌باشد.

بسیاری از اندیشمندان علوم سلامت و سیاست‌گذاران اذعان دارند برای تصویب قوانین مناسب و اجرای موفقیت‌آمیز آن‌ها باید بازیگرانی از نهادهای مختلف مشارکت داشته باشند. درواقع این امر تضمین‌کننده مشروعیت تصمیمات اتخاذشده بوده و درعین حال اجرای آن‌ها را تسهیل می‌نماید.

## تحلیل کشورها

### انگلیس، فرانسه و کره جنوبی

ازجمله کشورهای می‌باشند که به علت داشتن پیشینه‌ای قدیمی در تبعیت از قوانین مدنی موفقیت بیشتری در اجرای صحیح قوانین در بخش‌های مختلف جامعه و ازجمله بخش سلامت داشته‌اند.

### ترکیه

ترکیه نیز از سال ۲۰۰۲ و پس از به روی کار آمدن دولت جدید موفق به اجرای قوانینی مهم و ازجمله اجرای طرح تحول در حوزه سلامت شده است به‌گونه‌ای که

می‌توان تفاوتی عمیق در وضعیت سلامت جامعه پیش و پس از اجرای این طرح مشاهده نمود.

### هند

در هند نیز هرچند پیشرفت کشور در حوزه اقتصادی بسیار گسترده و چشمگیر بوده است اما عدم سرمایه‌گذاری کافی دولت در بخش سلامت باعث شده است هر یک از ایالت‌ها به‌طور مستقل در جهت تأمین مالی بخش سلامت خود اقدام نمایند

### ایران

در کشور ما نیز هرچند سخت‌گیری‌هایی از جانب مجلس شورای اسلامی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تصویب قوانین اعمال می‌شود اما بررسی اسناد و مصاحب‌های انجام‌شده نشان دادند برنامه مشخصی برای نظارت بر اجرای صحیح قوانین و مجازات متخلفین وجود ندارد

### تحلیل بافتار

آنچه از یافته‌های مطالعه می‌توان استنباط نمود این است که عوامل مختلف اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی دارای اثری چشمگیر در تهیه پیشنهاد قانون می‌باشند. به عبارت دیگر مجموعه عوامل پیش گفت در مرحله طرح موضوعی به‌عنوان قانون در صحن مجلس شورای اسلامی اثرگذار می‌باشند.

از جمله این عوامل می‌توان به وضعیت سلامت جمعیت یا به عبارت دیگر نیازهای سلامت مردم اشاره نمود.

به‌طور مشابه؛ عمرانی خو و همکاران، تانیا استفانیسکی و همکاران، اوا آرویدسون و همکاران نیز در مطالعه خود به عامل نیاز به‌عنوان عاملی مهم در تصمیم‌گیری‌های مربوط به اولویت‌گذاری، تخصیص و توزیع منابع اشاره کرده‌اند.

**عوامل اقتصادی** نیز تأثیری ویژه در طرح موضوع به‌صورت قانون و تصویب آن از سوی مجلس دارد.

یافته‌های مطالعه نشان داد علیرغم تدوین قوانین مالی مناسب برای بخش سلامت، **عدم وجود منابع مالی در سطح ملی و وجود بحران‌های اقتصادی در کشور و نیز تحمیل تحریم‌های اقتصادی** باعث ناکارآمدی قوانین مصوب و حتی عدم اجرای آن‌ها از سوی سازمان‌های بهداشتی و درمانی شده است.

### تحلیل فرایند

بر اساس یافته‌های مطالعه؛ برخی از عوامل اثرگذار مربوط به نهادهای پیشنهاددهنده قوانین یعنی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مجلس شورای اسلامی و در مواردی دولت می‌باشد.

دسته دیگری از عوامل مربوط به نهادهای تصویب‌کننده قوانین یعنی مجلس شورای اسلامی و شورای نگهبان، دسته‌ای مربوط به‌طرف اجراکننده قوانین یعنی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نهایتاً دسته‌ای نیز مربوط به سازمان‌های نظارت‌کننده یعنی دیوان محاسبات و سازمان بازرسی کل کشور می‌باشد.

### مهم‌ترین عامل اثرگذار در فرایند تصویب و اجرای قوانین: لابی‌گری

وجود ارتباطات غیررسمی و لابی‌گری بر دریافت بودجه اضافه یا تصویب قوانین مرتبط با تأمین و توزیع منابع سلامت مؤثر می‌باشد.

یافته‌های مطالعه نشان داد، گاهی مدیران نظام سلامت برای تصویب قانون متوسل به برقراری ارتباط با تصمیم‌گیرندگان کلیدی و در نتیجه اثرگذاری بر روند تصمیم‌گیری در مجلس شورای اسلامی می‌شوند. البته انگیزه اصلی در چنین مواردی دریافت منابع بیشتر برای رفع نیازهای مردم در بخش سلامت می‌باشد اما گاهی تصویب چنین قوانینی باعث تضعیف رویه عدالت محور قانون‌گذاری می‌گردد.

البته لابی‌گری در اروپا و به‌ویژه در آمریکا دارای ابعاد گسترده‌تری می‌باشد و لابی‌گرها به‌عنوان فعالان قدرتمند، اثرات مهمی در اصلاحات نظام سلامت و اجرا یا عدم اجرای برنامه‌های کلان نظام سلامت دارند.

نمونه بارز این موضوع مربوط به تبلیغات و رایزنی‌های گسترده لابی‌گران در کنگره و برنامه‌های تلویزیونی و عدم موفقیت برنامه سلامت کلینتون در سال ۱۹۹۵ می‌باشد. گروه‌های مخالف این اصلاحات از طریق لابی‌گری و صرف هزینه‌های بالا در رسانه‌های عمومی موفق به عدم تصویب اصلاحات موردنظر و شکست برنامه شدند.

تورانی و همکاران نیز در مطالعه خود به روابط سیاسی و لابی‌گری به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری‌های مربوط به اولویت‌گذاری در بخش سلامت اشاره کرده‌اند.

## راهکارهای بهبود فرایند تصویب، اجرا و نظارت بر قوانین

تا اینجا راجع به تحلیل بحث کردیم و حالا قرار است راهکار ارائه شود. برای راهکارها به‌طور مجزا سه سازمان در نظر گرفتیم: وزارت بهداشت، مجلس شورای اسلامی و سازمان برنامه‌بودجه.

### راهکارهای مربوط به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- به‌کارگیری کارشناسان خبره و توانمند
- تدوین و اجرای قوانین بر اساس نیازهای واقعی جامعه
- داشتن دیدگاه کل‌نگر
- مشاوره با صاحب‌نظران و کارشناسان خبره
- تدوین بودجه با استفاده از اصول نوین
- تأسی از سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت
- چاره‌اندیشی برای تأمین مالی نظام سلامت
- ثبات مدیران نظام سلامت
- استفاده از شیوه‌های نوین مالی
- تخصیص بودجه بر اساس سرانه
- لزوم تعیین نقش اصلی و نظارت بهداشت در نظام سلامت و پاسخگو بودن در قبال سلامت مردم
- لزوم استفاده از تجارب سایر کشورها

### راهکارهای مربوط به مجلس شورای اسلامی

- انتخاب نمایندگان توانمند و آشنا با امور سلامت در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس
- انتخاب افراد توانمند و آشنا با امور سلامت در مرکز پژوهش‌های مجلس
- تفحص و بررسی دقیق در خصوص ضرورت تصویب قوانین مربوط به حوزه سلامت
- ارتباط مداوم با افراد جامعه
- تصحیح قوانین مبهم پیشین

### راهکارهای مربوط به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی

به نظر می‌رسد ارزیابی دقیق و به‌موقع گزارش‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌ها و تلاش برای تخصیص عادلانه و سریع منابع موردنیاز این سازمان‌ها تأثیری قاطع در روند بهره‌مندی آن‌ها از منابع تخصیص‌یافته خواهد داشت. بسیار ایدئال خواهد بود اگر میزان استقلال وزارت بهداشت در استفاده از منابع تخصیص داده‌شده افزایش یابد و ارائه گزارش عملکرد شش‌ماهه جایگزین گزارش عملکرد سه‌ماهه گردد

## نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های مطالعه به نظر می‌رسد فرایند تدوین، تصویب، اجرا و نظارت بر قوانین بیش از آنکه تحت تأثیر عوامل محسوس و رسمی باشد بیشتر تحت تأثیر عوامل غیررسمی و متعددی می‌باشد که در مراحل مختلف قانون‌گذاری دارای نقش فعالی می‌باشند.

این عوامل دارای طیف گسترده‌ای بوده و به گروه‌های مختلف در جامعه اعم از عموم مردم، نمایندگان مجلس، سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان در وزارت بهداشت و نهادهای متعدد دیگر مربوط می‌شوند.

در مرحله نظارت و کنترل اجرای قوانین آنچه حائز اهمیت ویژه‌ای می‌باشد ضعف فرایندهای نظارتی است که به‌زعم شرکت‌کنندگان در مطالعه کاملاً انفعالی بوده و فاقد اثربخشی لازم برای اصلاح امور می‌باشند. همچنین لابی‌گری به‌عنوان یک عامل قوی و اثرگذار در مرحله تصویب و اجرای قوانین به‌خوبی بیانگر نبود فرایندهای نظارتی فعال می‌باشد که باعث سوءاستفاده از قوانین و اجرای سوء آن‌ها می‌گردد.



## بحث گروهی

عرض سلام و ادب دارم خدمت همه همکاران گرامی و تشکر می‌کنم از آقای دکتر مجد زاده که این فرصت را فراهم کردند تا ما در خدمت شما باشیم و همچنین آقای دکتر محسن پور با ارائه خوب خود و آقای دکتر امامی رضوی بابت کمک‌های ایشان و حضورشان در این جلسه. همان‌طور که دکتر مجد زاده فرمودند پیشنهاد این جلسه در ابتدا از طرف آقای دکتر امامی رضوی مطرح شد تا این مطالعه بیشتر مورد بحث قرار بگیرد. راهکارها بر اساس مشکلات قبلی ارائه می‌شود. دکتر محسن پور راهکارها را هم دسته‌بندی کرده‌اند اما خیلی اولویت‌بندی نشده است. آقای دکتر محسن پور سال‌ها به‌عنوان معاون پارلمانی وزارت بهداشت در مجلس شورای اسلامی حضور داشته‌اند. دسترسی ایشان به اعضای مجلس و اعضای کمیسیون بهداشت و درمان هم راحت‌تر بود. سؤال اصلی ما این بود که قوانین در کل چگونه تصویب می‌شود؟ برای مثال گاهی در وزارتخانه مطرح می‌شد که اگر قرار است قانونی در مجلس امضا شود صبر کنید، روزی که فلان شخص مسئولیت مجلس را بر عهده دارد این قانون تصویب می‌شود. در کشورهای دیگر هم مسئله بدین صورت است. برای مثال در مصر قرار بود قانونی تصویب شود که بار اول در مجلس آن رد شد. بار دوم افراد با همسر رئیس‌جمهور مصر وارد مذاکره شدند و روز بعد این قانون دوباره به مجلس ارائه و تصویب شد. شبیه این مورد را ما در مورد قانون مالیات بر سیگار داشتیم. این قانون باعث افزایش منابع سلامت و سلامت عموم می‌شد. قبل از مطرح شدن طرح لابی‌هایی صورت گرفت و افراد وزارتخانه، مجلس و کمیسیون بهداشت صحبت‌هایی داشتند تا این قانون چالشی مطرح شود اما تصویب نشد. بعد از مدتی دوباره با لابی‌گری‌هایی در مجلس مطرح شد

تا به تصویب برسد. یکی از سؤالات ما این بود که نمایندگان که به طرح رأی می‌دهند یا رأی نمی‌دهند به حرف چه کسی توجه می‌کنند. آیا تحت تأثیر افراد حزبی یا مذهبی هستند؟ یا حتی به کمیسیون بهداشت یا رئیس مجلس یا دیگر عوامل توجه می‌کنند. در اینجا در خدمت شما هستیم تا هم در مورد راهکارهایی که آقای دکتر محسن پور مطرح کردند و هم در مورد خود طرح نظرات شمارا بشنویم.

- من برای این که بهتر متوجه موضوع بشوم دو سؤال داشتم. موضوع اول در مورد قسمتی است که کشورها را مقایسه کرده بود، در نمودار کلمه منبع آورده شده بود. منظور از منبع در اینجا چیست؟

- منابع مربوط به حوزه سلامت

- در قسمتی نوشته شده بود مالیات؛ یعنی قسمت زیادی از منابع از مالیات تأمین می‌شود؟

- در ابتدا باید بدانیم آیا داریم در مورد total health expenditure یا در مورد GGHE صحبت می‌کنیم. تصور من این است که موضوع بحث ما راجع به GGHE است. عنوان ما تأمین و تخصیص بود پس تصور من این است که در مورد منابع عمومی بخش سلامت صحبت می‌شود.

- در جلسه قبل مطرح شد که مالیات، نفت و حق بیمه تأمین‌کننده منابع ماست.

- بله اما اگر تصحیح هم شود همچنان از درآمد عمومی کشور که حاصل از فروش نفت کالاهای دیگر و حق بیمه و مالیات صحبت می‌کنیم.

- در قسمت ذی‌نفعان وزارت رفاه و بیمه‌ها در لیست نبود. آیا نقش کمی یا در این طرح دیده نشدند؟

- خیر. نقشی نداشتند.
- شما در قسمتی از تحلیل ذی‌نفعان موضع‌گیری با حمایت بالا را ذکر کرده‌اید. معنای آن چیست؟
- در قسمت نقش حاکمیت در نظام سلامت کشور نشان داده می‌شود که عدم یکپارچگی وجود دارد. برای مثال حدود ۴ میلیون و هشتصد هزار نفر تحت پوشش بیمه نیروهای مسلح هستند. همین‌که این بیمه‌ها از قانون عادی پیروی نمی‌کنند هم تأثیرگذار است. ممکن است بگوییم وزارت رفاه و بیمه در قانون‌گذاری مفید نیستند اما نوع حمایت آن‌ها هم تأثیرگذار است.
- ما می‌خواستیم علاقه به موضوع را به آن ربط دهیم.
- یکی از پیشنهادهای من این است که در ابتدا راجع به مدل کلی صحبت کنیم.
- یک نکته در مورد تحلیل ذی‌نفعان این است که دیوان محاسبات باینکه مهم‌ترین ارگان نظارت و ارزیابی منابع مالی است با سازمان بازرسی کل کشور در یک سطح هستند. وقتی اثرات متوسط هستند آن‌ها را طبقه‌بندی می‌کنیم. در اینجا هم اگر محور قوانین را نگاه کنیم متوجه می‌شویم که می‌توانیم تصویب، ابلاغ و نظارت را جدا کرده و طبقه‌بندی کنیم. این نشان می‌دهد مطالعه‌جا برای پخته شدن دارد چون دیوان محاسبات در این بحث بسیار حائز اهمیت است. نکته دوم این است که به‌جای عنوان لابی‌گری از Policy broken استفاده کنیم تا بحث علمی‌تر شود. همین‌طور که در دانشگاه نیازمند افرادی هستیم که هم پژوهشگر و هم دارای پست اجرایی هستند، در مجلس هم نیازمند افرادی هستیم که ذووجهین هستند، یعنی فرد هم پزشک و هم نماینده مجلس است. در بحث راهکار در قسمت سازمان

برنامه‌بودجه ذکر کردید توجه به برنامه و گزارش‌هایی که دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها مؤثر است. من فکر می‌کنم سطح سازمان برنامه‌بودجه این نیست که به این گزارش‌ها بپردازد زیرا دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها باید گزارش‌های خود را در معاونت‌های وزارت تدوین کنند و سپس در وزارت بهداشت مطرح شود.

- من در مورد فرآیند نکته‌ای باید ذکر کنم. راهکار اول را خبرگی ذکر کرده بودید اما تجربه نشان می‌دهد خبرگی واقعاً کافی نیست. ما با قانون‌ها ساختاری اجتماعی برای مردم می‌سازیم و در حقیقت آن‌ها هنجارهای خود را با این قوانین تطبیق می‌دهند. این چیزی است که ما فراموش می‌کنیم و بعداً در فرآیند نظارت ذکر می‌کنیم که نظارت ضعیف بوده است در صورتی که رویه تصمیم‌گیری منصفانه و آگاهانه اتفاق نیفتاده است. من فکر می‌کنم باید ابتدا روی مبتنی بر شواهد بودن تأکید شد. برای مثال اشاره نشده است که این قانون چندساله باید بازنگری شود. همه این‌ها پاسخگویی و نظارت بر اجرا را کم می‌کند، قانون باید زوری پاسخگویی نیازها باشد که مردم به‌طور فعالانه در اجرای قانون تأثیرگذار باشند. از طرف دیگر لابی‌گری یک فن محسوب می‌شود که افراد بانفوذ را پیدا کنیم تا باعث تصویب و اجرای قانون شوند.

- خانم دکتر اکرمی تر خود را راجع به استفاده از اخلاق در تصمیم‌گیری‌های سلامت ارائه کردند. در آخر بیان شد که وقتی قرار است یک سیاست یا برنامه را تدوین کنیم باید به چه جنبه‌هایی باید نگاه کنیم. یکی از پیشنهادهای عملی من این است که طرح ایشان که روی برنامه ایدز پیاده شد، روی حوزه تصمیم‌گیری راجع به تأمین مالی و تخصیص منابع پیاده شود. مفاهیم متفاوت است اما ابزاری که توسط ایشان

تهیه شد برای بازنگری طرح تحول سلامت مناسب است. برای این که این فرآیند تکمیل شود فکر می‌کنم نگاه کردن به راهنمای خانم اکرمی می‌تواند مؤثر باشد. وقتی در مورد توزیع سلامت صحبت می‌کنیم بحث عدالت اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. در اینجا هم بحث تأمین و تخصیص منابع مطرح می‌شود پس وجهه عدالتی آن اهمیت بسیاری پیدا می‌کند. شما فکر کنید هیچ‌گونه محدودیت مالی در کشور وجود ندارد، در این صورت تخصیص منابع ما چگونه خواهد بود؟ ما به این افتخار می‌کنیم که طرح تحول سلامت توانسته است میزان Out of packet را پایین بیاورد اما هدف ما Out of packet ۴۰ درصدی است یا ۱۰ درصد؟ در حال حاضر نه درصد به بخش پیشگیری ما اختصاص داده شده است که این عدد قبلاً پنج درصد بوده است. من فکر می‌کنم که باید هنگام تدوین این قوانین باید به سیاست‌های کلی سلامت توجه کرد. ما هیچ راهنمایی برای سیاست‌های کلی نداریم که آیا ما قرار است حفاظت مالی را به درصد خاصی برسانیم؟ من در حال حاضر مؤلفه‌ها را نمی‌فهمم. شاید نتیجه‌گیری کلی این باشد که نظام تخصیص ما یک نظام غیر شفاف است. این نشان می‌دهد ما از خود فرآیند خوب تدوین شده قطع امید کردیم و سعی کردیم نیروی انسانی خبره و خوب بکار بگیریم. برای مثال وزیر بهداشت باید یک متخصص بالینی باشد یا یک متخصص در زمینه اقتصادی؟ آیا ما نباید مشخص کنیم منظور از خبره چیست و میزان انتظار ما از شخص خبره چقدر است؟ احساس من این است که پیشنهادها و راهکارهای فعلی در حال حاضر بسیار کلی هستند و به اندازه کافی دقیق نشده‌اند.

- موضوعی که من می‌خواستم این است که وقتی در مورد فرآیند تصویب و ابلاغ و اجرا بحث می‌شود تصور بر این است که قاعده‌تاً باید یک وضعیت مطلوب وجود داشته باشد. بر اساس این وضعیت می‌توان مشکلات نظام سلامت فعلی را دریافت. وقتی از ذی‌نفعان پرسیده می‌شود بیان می‌کنند توزیع منابع عادلانه نیست. علت چیست؟ تصویر مطلوب چیست که بر اساس آن برآورد شود؟ قسمتی که در آن بررسی شواهد کشورهای مختلف انجام شده بود می‌تواند وضعیت مطلوب را به ما نشان دهد. شاید اگر وضعیت مطلوب فرآیند تصویب، ابلاغ و نظارت مشخص می‌شد خیلی راحت‌تر می‌توانستیم اشکالات را دریابیم بحث بعدی این است که تصویب، ابلاغ و نظارت سه بحث جداگانه است، از آنجایی که ما بحث ذی‌نفعان را در بحث تولید مطرح کردیم لازم است این بخش ویژه‌تر دیده شود. بعد مهم‌تر این است که چیدمان روابط بین این‌ها چگونه است؟ چند بدنهٔ تصمیم‌گیرنده، چند بدنهٔ اجرا وجود دارد؟ آیا این‌ها زیر مجموعهٔ هم هستند؟ چه کسی این‌ها را کنترل می‌کند؟ اگر قرار است برنامه‌ای در نظام سلامت تصویب شود بدانیم که این بازیگران چگونه به بازی گرفته شود تا به هدف نهایی برسیم. موضوع بعدی راهکارهای اصلاحی است، به نظر من راهکارهای اصلاحی از نظر خبرگان برآمده است. کاش این راهکارها با تجارب کشورهای دیگر ادغام می‌شد.
- من احساس کردم در این مطالعه روی تحلیل وضعیت موجود و ذی‌نفعان بسیار خوب کار شده است اما به راهکارها که رسیده‌اند، همهٔ موارد ذکر نشده است. برای مثال آقای دکتر در مورد لابی‌گری بحث زیادی کردند. سؤال اینجاست که آیا چالش دیگری هم در این موضوع به ذهن می‌رسد؟ این موارد مواردی است که در حوزهٔ

سلامت کمتر به آن پرداخته می‌شود اما وجود دارد. بحث بخشی‌نگری هم مطرح می‌شود، برای مثال نماینده تصور می‌کند باید برای حوزه کاری یا منطقه‌ای خود فعالیت کند و منجر سهم خواهی می‌شود. مثال بارز آن بیمارستان‌های ۹۶ تختخوابی است که وقتی بحث آن مطرح شد منابع کم ما به جاهایی برده شد که لزومی نداشت. این که این معضل قرار است چگونه حل شود ریشه در نظام سلامت ندارد اما می‌تواند موضوع مورد پیشنهاد باشد؛ یعنی باید ساختار انتخابات مجلس ما تغییر کند تا این موضوع حل شود که راهکار آن به سازمان‌های دیگری مربوط می‌شود. من در چند دوره‌ای که با مجلس ارتباط داشتم می‌دیدم که گروه‌ها و دستگاه‌های دیگر روی موضوعات مختلف به طور هدف‌دار سرمایه‌گذاری می‌کنند، مثلاً جهاد سازندگی هنگامی که قرار است قانونی را مصوب کند فراكسیون قوی‌ای در مجلس تشکیل می‌دهد اما در بحث بهداشت درمان هرگاه به کمیسیون بهداشت مجلس مراجعه کردیم متوجه شدیم تعدادی پزشک غیر خبره حضور دارند و هیچ‌وقت برای این که کارشناسان خبره‌ای که می‌توانند در روند مشاوره و قانون‌گذاری مؤثر باشند در مجلس حضور داشته باشند، برنامه‌ریزی نشده است. خواهش من این است که دوستان بیشتر روی چالش‌های منابع و راهکارهایی که می‌تواند مؤثر باشد تمرکز کنند.

- سؤال این است این مطالعه در فاز مصاحبه چه نوع مطالعه کیفی بوده است؟ شما وقتی می‌توانید راهکار خوبی داشته باشید که مدل درآمد از قسمت کیفی بسیار موفق باشد. فکر می‌کنم هنوز تحلیل مطالعه کیفی تبدیل به یک مدل نشده است. گزارش آقای دکتر راجع به عوامل مؤثر بر فرآیند بوده است و جهت‌گیری‌ها و شدت آن بیان

نشد. در این بحث نمی‌توان زیاد benchmark شش کشور دیگر را کاملاً مبنا قرارداد. در آخر فکر می‌کنم برای این نمی‌توانیم به راهکار برسیم چون مطالعه کیفی ما یک مدل خلق نکرده است که از آن نتیجه‌گیری شود.

- در مورد مطالعه کیفی سعی بر این بود که content analysis شود و به مطالعه تئوری پرداخته نشد، یعنی یک سری مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انجام شد و بر اساس آن‌ها تم‌ها مشخص شد و در این تم‌ها تعدادی کد در نظر گرفته شد، یعنی بر اساس محتوای مصاحبه‌ها این تم‌ها و subtemd ها تولید شد. در ارائه‌ای که آقای دکتر داشتند استنتاج‌هایی که بر اساس این تم‌ها صورت گرفته است خوب ارائه نشد. آقای دکتر حتی قسمت‌هایی را که جدا کرده بودند ارائه نکردند و از آن رد شدند. به‌رحال از این کدها به استنتاج رسیدن حداقل در presentation مقداری ضعف وجود داشت که شاید بخشی از آن به زمان جلسه مربوط می‌شد.

- حرف من این است که وقتی راهکار خوب ارائه می‌شود که چالش‌ها خوب دسته‌بندی شده باشند. برای مثال طبق فرمایش آقای دکتر ما باید کاری کنیم تا نظام انتخاباتی ما از پولی که به‌طور مستقیم توسط افراد حقیقی پرداخت می‌شود مبرا باشد.

- من تا قبل از این فکر می‌کردم لابی‌گری یک امر بسیار مذموم است ولی اخیراً متوجه شدم بسته به نوع استفاده می‌تواند مفید هم باشد. من به خاطر شغلی که داشتم در سه دوره مشاور سازمان بوده‌ام. برای مثال سؤال جالبی که مطرح شد این بود که نماینده‌ها چگونه به یک طرح با لایحه رأی می‌دهند. بسیاری از نماینده‌ها تخصص مربوطه حوزه را ندارند. نظر من این است که به‌جای این که برای ۲۰۰ و



چندی نفر وقت بگذاریم و آن‌ها را برای طرحی توجیه کنیم که احتمالاً موفق هم نخواهیم شد، روی چند فرد کلیدی کار کنیم. در بسیاری از موارد مشاهده شده است که وقتی رئیس مجلس اعلام کرده است دولت و کمیسیون مخالف هستند نماینده‌ها هم به آن طرح رأی مخالف داده‌اند. مورد بعدی این است که از هنگامی که نمایندگان مجلس انتخاب می‌شوند دو تا سه ماه وقت داریم. می‌توان در این دو تا سه ماه در مورد برخی مسائل کلیدی کشور مثل صنعت بحث کرد. یک مورد دیگر این است که آیا درست است ما لابی‌گری کنیم و مقدار زیادی از منابع را به سلامت اختصاص دهیم؟ من معتقدم همه نمایندگان کشور باید در بسیاری از حوزه‌ها توجیه اولیه‌ای داشته باشند، هیچ نماینده‌ای نیست که در تمام حوزه‌ها متخصص باشد. این که ما برای نمایندگان توضیح بدهیم بعداً با تصویب چنین لایحه و طرحی در حوزه مربوطه خود چه سودی می‌برند یکی از موارد مؤثر در تصویب آن است.

- همان‌طور که همکاران صحبت می‌کردند چالش‌هایی که در بخش قانون‌گذاری وجود دارد را یادداشت کردم که آن را مرور می‌کنم. بحث مشارکت ذی‌نفعان، بازیگران سیاسی، مبتنی بر شواهد بودن قوانین و حتی این که وزیر ما چه کسی است مهم می‌باشد. به اعتقاد من ۴ سال برای وزیری که قصد دارد کارهای زیربنایی انجام دهد کم است و با ۴ سال فقط در درمان می‌تواند عملکرد مفیدی از خود ارائه دهد. الگو گیری از مهره‌های موفق در موضوع، مطالبه عمومی سازمانی هم مؤثر است. وقتی همه سازمان بسیج می‌شوند و حتی در سطح استانی کار می‌کنند به موفقیت چشم‌گیرتری می‌رسند. افزایش بودجه دو برابری حوزه آموزش وزارت بهداشت در یک سال اخیر نشان‌دهنده این امر است که عامل اصلی آن را همگرایی

مدیران بودجه دانشگاه می‌بینم. آموزش قانون‌گذاری در بدنه دستگاه هم می‌تواند بسیار تأثیرگذار باشد، در هیچ سازمانی فرآیند قانون‌گذاری آموزش داده نمی‌شود. یکی از اصلی‌ترین چالش‌ها همین است که اعتماد به قانون وجود ندارد. در دو دوره دولت گذشته عدم پایبندی به قانون توسط دولت را تجربه کردیم. در دولت‌های مختلف قانون هدفمندی یارانه‌ها، قانون تأمین اجتماعی و خودگردانی بیمارستان‌ها، منع دو شغلی بودن پزشک‌ها و ... تصویب شده اما چقدر از آن اجرایی شده است؟ پس بحث پایبندی به قانون و اجرای آن در عمل هم بحث بسیار مهمی است. یکی مهارت‌هایی که در دنیای امروز همه به‌ویژه کارشناسان باید یاد بگیرند لابی‌گری است. در دنیای امروز باید بپذیریم که روابط گاهی بسیار از ضوابط بهتر است. پس سازمان‌ها باید یاد بگیرند با مذاکره حرف خود را به کرسی بنشانند. سؤال آقای دکتر مجد زاده این بود که چقدر منابع مالی نیاز داریم، ما اخیراً کمیته مالی را ایجاد کردیم و در این کمیته منابع مالی را از لحظه‌ای که به وزارت بهداشت می‌رسد تا زمان هزینه شدن آن را در خانه بهداشت بررسی می‌کنیم. بحث بعدی پیش‌بینی و مدیریت بودجه است. واقعیت این است که تقسیم پول کاملاً سلیقه‌ای صورت می‌گیرد. آیا راهکار آن تهیه ابزاری برای پیش‌بینی بودجه نیست؟ ما باید برای سازمان‌هایمان برنامه استراتژیک داشته باشیم تا زمانی که برنامه‌ای وجود نداشته باشد نمی‌توانیم پیش‌بینی کنیم منابع موردنیاز چقدر است. بعد از پیش‌بینی بودجه به قانون می‌رسیم.

- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی نقش زیادی دارد. من فکر می‌کنم تقویت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی شاید یکی از اصلی‌ترین راه‌ها باشد، تقویت از لحاظ خبرگی و

اهمیت دادن به تصمیم سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی می‌تواند بسیار مؤثر باشد. مرکز پژوهش‌های مجلس هم می‌تواند بسیار مؤثر باشد. اگر در اینجا یک نگاهت نهاد خوب داشتیم می‌توانستیم بیان کنیم این نهاد باید تقویت شود. سازمان بازرسی فقط به قانونی بودن مصوبات نگاه می‌کنند اما کاربردی بودن آن بررسی نمی‌شود. نمایندگان مجلس نمایندگان مردم هستند اما در آخر ما بیان می‌کنیم که ذی‌نفعانی به اسم مردم وجود دارند که توان کمی هم دارند، یعنی مردم جدای از مجلس محسوب می‌شوند؟ آیا نباید به صورت ساختارمند برای حضور مردم در تخصیص منابع فرآیند دیگری را تعریف کنیم؟ مجمع ملی سلامتی در تایلند برگزار می‌شد که نمایندگان مردم در آن حضور پیدا می‌کردند، مصوبات این مجمع لازم‌الاجرا می‌شد و بر اساس آن قوانین جلو می‌رفت. یکی از بحث‌های بسیار خوبی که دکتر شجاعی بیان کردند این بود که لابی‌گری باید در سطح محیط هم اتفاق بیفتد. اگر خود مردم و نهادهای مدنی غیردولتی به طور فعال حضور داشته باشند باعث ایجاد یک حرکت اجتماعی می‌شود که می‌تواند مفید باشد.

- یکی از علت‌هایی که من به این مطالعه پرداختم این بود که مطالعه‌ی جدیدی برای این موضوع تهیه شود. در زمان دکترای من دانشجویان باهوش بالا و فعالی در زمینه اقتصاد حضور داشتند اما ضعف زیادی در زمینه مسائل موجود کشور در رابطه با سلامت داشتند. تمام تلاش من این بود که سرفصل‌های مهم سلامت که به اقتصاد سلامت مربوط می‌شود را مطرح کنم. موضوع قانون‌گذاری و فرآیند آن بسیار مهم بود اما اسناد و مطالعه‌ی خوبی برای آن وجود نداشت. من قبلاً در وزارت آموزش و پرورش با کسانی که در حوزه فرهنگ و تعلیم و تربیت صحبت کردم و

آن‌ها را ترغیب کردم تا در کمیسیون آموزش حضورداشته باشند. همین کار را برای ۴۳ نفر از پزشکانی که نماینده شدند انجام دادم. آیین‌نامه داخلی مجلس را خط به خط برای پزشکان شرح دادم و آن‌ها را ترغیب کردم در کمیسیون بهداشت حضورداشته باشند. این هم لابی‌گری محسوب می‌شود.

- بحث نقش مردم مطرح شد. ما نقش مثبت و منفی را هم‌زمان داشته‌ایم. برای مثال در بحث بیماری‌های خاص مصوباتی وجود داشت. در بحث سازمان برنامه‌بودجه، وظیفه این سازمان صرفاً نظارت کمی و کیفی است.
- وقتی بحث تولید مطرح نیست هیچ مجموعه‌ای پاسخگو نیست. وقتی عدم یکپارچگی زیاد باشد کسی پاسخگو نخواهد بود.

## جمع‌بندی

کامنت‌های دوستان واقعاً کامنت‌های مفیدی بود. قسمت تحلیل ذی‌نفعان حتماً تقویت خواهد شد و روابط بین این‌ها به تفکیک نظارت ذکر خواهد شد. مقداری روی معیارها مثل قسمت‌های مفهومی و مبتنی بر شواهد بودن و ارزش‌های اخلاقی تمرکز خواهد شد. بر اساس صحبت‌ها بازبینی روی گزارش‌ها صورت خواهد گرفت و گزارش بهتری ارائه خواهد شد.

### اطلاعات تماس با موسسه ملی تحقیقات سلامت

آدرس: تهران، بلوار کشاورز، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰

تلفن: ۰۲۱-۶۲۹۲۱

پست الکترونیک: [nihhr@tums.ac.ir](mailto:nihhr@tums.ac.ir)

«با تشکر از موسسه هومان همراهان دانش برای مستندسازی و تهیه کتاب نشست گفتمان سیاستی»

تلفن: ۰۲۱-۴۴۹۶۴۶۸۸



