

Designing a Management Model for Development Plans in the Field of Health at the National, Provincial and the District Levels

Behzad Damari¹, Alireza Heidari^{2*}

1. Assistant Professor, Community Medicine, Department of Social Determinant of Health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

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

***Corresponding Author:** Alireza Heidari, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Email: e-danesh@sbu.ac.ir

Received: 11 February 2017

Accepted: 14 May 2017

Published: 3 July 2017

How to cite this article:

Damari B, Heidari A. Designing a Management Model for Development Plans in the Field of Health at the National, Provincial and the District Levels. *Community Health*. 2017;4(4):260-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.22037/ch.v4i4.16180>

Abstract

Background and Objectives: Development plans determine goals and tasks in each of the sections of society and each government organization should achieve some of the objectives. The aim of this study was to design management model for development plans in the field of health at the national, provincial and the district levels in Iran.

Material and Methods: A mixed method study was conducted in three phases: literature review in Google scholar, PubMed, Science Direct, Scopus, ProQuest, Ovid, Embase, Iranmedex, SID, Medlib and Irاندoc databases and also in Library of Iranian Management and Planning Organization developing the primary model for development plans management by qualitative method and Legitimizing the final model. Qualitative data were collected by interviews and focus group discussion and were analyzed using content analysis. Quantitative data collected using a questionnaire and were analyzed using SPSS-21 software.

Results: Challenges of health planning system were 5 main themes (purpose and program, structure, resource, process, monitoring and supervision) and 20 sub-themes. Requirements of health planning system were 5 main themes (planning, coordination, organizing, financing, monitoring and supervision) and 19 sub- themes.

Conclusion: The balance of the Ministry of Health and Medical Education programs should be respected. Developed model lead to Program content to this balance and create a tool for comprehensive monitoring and evaluation of objectives contained in the programs.

Keywords: Model, Development program of political, Economic, Social and cultural, Health, Iran

طراحی الگوی مدیریت برنامه‌های توسعه ایران در حوزه سلامت در سطوح ملی، استانی و شهرستان

بهزاد دماری^۱، علیرضا حیدری^{۲*}

۱. استادیار پزشکی اجتماعی، گروه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

* نویسنده مسئول: علیرضا حیدری، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

ar-heidari@farabi.tums.ac.ir

تاریخ پذیرش: اردیبهشت ۱۳۹۶

تاریخ دریافت: بهمن ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: برنامه‌های توسعه اهداف و وظایف هر یک از بخش‌های جامعه را در هر حوزه تعیین کرده و هر سازمان دولتی رسیدن به بخشی از این اهداف را به عهده دارد. عدم تحقق کامل برنامه‌ها و ناهماهنگی بین برنامه‌های ملی، استانی و شهرستانی از مشکلات برنامه‌های توسعه می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه طراحی الگوی مدیریت برنامه‌های توسعه ایران در حوزه سلامت در سطوح ملی، استانی و شهرستان بود.

روش و مواد: یک مطالعه ترکیبی در سه مرحله مرور متون، در پایگاه‌های اطلاعاتی Science, PubMed, Google scholar, Ovid, Proquest, Direct Scopus و Embase در خارج از کشور و پایگاه‌های اطلاعاتی Iranmedex, SID, Medlib, Irandoc و همچنین کتابخانه سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی ایران در داخل کشور تدوین الگوی اولیه مدیریت برنامه‌های توسعه ایران به روش کیفی و مشروعیت بخشی الگوی نهایی به روش کمی انجام شد. داده‌های کیفی از طریق مصاحبه و بحث گروهی متمرکز جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل محتوا تحلیل گردید. داده‌های کمی از طریق پرسشنامه گردآوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 تحلیل گردید.

یافته‌ها: چالش‌های نظام برنامه‌ریزی سلامت در پنج درون‌مایه اصلی (هدف و برنامه، ساختار، منابع، فرایند، پایش و نظارت) و ۲۰ موضوع فرعی و الزامات نظام برنامه‌ریزی سلامت در پنج درون‌مایه اصلی (برنامه‌ریزی، هماهنگی، سازماندهی، تأمین مالی، نظارت و کنترل) و ۱۹ موضوع فرعی ارائه گردید.

نتیجه‌گیری: توازن برنامه‌ها باید در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی رعایت شود، الگوی تدوین شده محتوی برنامه را به جهتی سوق می‌دهد که این توازن ایجاد شود. در ضمن، نظامی تضمین شده برای پایش و ارزشیابی اهداف مندرج در برنامه‌ها ایجاد می‌کند.

واژگان کلیدی: الگو، برنامه توسعه سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، سلامت، ایران

مقدمه

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

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

روش‌شناسی و اطلاعات معتبر می‌توان برنامه مؤثری را تهیه کرد هم‌چنان‌که به اذعان نمایندگان مجلس شورای اسلامی برنامه بخش سلامت در لایحه پیشنهادی برنامه پنجم کمترین تغییرات را در فرایند بازبینی کمیسیون تلفیق پیدا کرد و یکی از قوت‌های برنامه پنجم اعلام شد (۷) اما همین برنامه به دلیل نبود نظام مدون و هماهنگ اجرا و ارزشیابی موفقیت کمی داشته است.

بر اساس آسیب‌شناسی برنامه‌های توسعه پنج ساله در کشور میزان موفقیت برنامه‌های توسعه قابل قبول نبوده و در مجموع کمتر از ۲۵ درصد محاسبه شده است (۸). در گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۸، چهار گروه از ایرادات مربوط به پیش‌نیازهای برنامه‌ریزی، ایرادات مربوط به فرایند برنامه‌ریزی، ایرادات مربوط به محتوای برنامه‌ها و ایرادات مربوط به اجرای برنامه‌ها بر شمرده شده است (۹). دلایل زیادی برای این ضعف وجود دارد که بخشی از آنها به نبود الگوی هماهنگ برنامه‌ریزی و اجرا در گستره ملی، استانی و شهرستان باز می‌گردد. لذا هدف از انجام این مطالعه، طراحی الگوی مدیریت برنامه‌های توسعه ایران در حوزه سلامت بود تا با به کارگیری آن اهداف و برنامه‌ریزی سلامت در سطح ملی، استانی و شهرستانی هماهنگ و جامع‌تر شود و کلیه سطوح موظف به تحلیل وضعیت جغرافیای تحت پوشش و تدوین برنامه‌های بومی در برش استانی و شهرستانی شوند. با افزایش مشارکت عمودی (ملی، استانی، شهرستانی) و افقی (شرکاء در یک سطح) ذینفعان، مالکیت برنامه‌ها و ضمانت اجرا و موفقیت برنامه فزونی یابد. همچنین اطلاعات لازم برای تحلیل وضعیت و هدف‌گذاری براساس روش علمی و داده‌های معتبر به موقع فراهم شود و نظامی تضمین شده برای پایش و ارزشیابی اهداف مندرج در برنامه‌های جامع در هر سطح ایجاد شود.

روش و مواد

یک مطالعه توصیفی-تحلیلی در قالب راه‌اندازی یک روش یا سیستم علمی/اجرایی و در سه مرحله اصلی طراحی گردید و به شماره ۲۴۱/م/۹۱۲۲۲ به تصویب شورای پژوهشی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت رسید.

مرحله اول: یک مطالعه مروری توسط پایگاه‌های اطلاعاتی Google scholar, PubMed, Science Direct, Embase, Scopus, Proquest, Ovid, Iranmedex, SID, Medlib IranDoc پایگاه‌های اطلاعاتی هم‌چنین کتابخانه سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی ایران در

و وظایف هر یک از بخش‌های جامعه را در هر حوزه تعیین کرده و هر سازمان دولتی به عنوان 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 بر می‌گیرند (۲). برنامه‌ریزی توسعه در هر کشور، به عواملی مانند سطح توسعه‌یافتگی، نوع نظام برنامه‌ریزی، اهداف تعیین شده برای برنامه و ملاحظات درباره مسائل فنی، زیست محیطی، 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 کم‌رشدن سلامت و غیره 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 در هم تنیده است (۴).

با نزدیک شدن به زمان تدوین برنامه‌های توسعه بخش سلامت در سطوح ملی همواره سردرگمی تعریف و تفکیک وظایف برای انجام تحلیل و برنامه‌ریزی، انتخاب روش، در دسترس نبودن داده‌های معتبر، مشغله کارشناسان به امور جاری، ارزشیابی نشدن میزان موفقیت برنامه‌های قبلی، ضعف مشارکت ذینفعان بخش سلامت در دو سطح عمودی و افقی و غیره مشاهده می‌شود (۵). از جمله نقاط مشترک در برنامه‌های توسعه عدم تحقق کامل برنامه‌ها و یا تغییرات وسیع آنها به دلیل تغییر در شرایط محیطی بوده است (۶).

ناهماهنگی بین برنامه‌های ملی، استانی و شهرستانی نیز یکی از گرفتاری‌های برنامه‌های توسعه است به عبارت دیگر به سختی برش برنامه‌های ملی در سطح استانی و شهرستانی تهیه می‌شود و در صورت وجود برنامه از استانداردهای برنامه‌نویسی در بخش سلامت تبعیت کمی دارد. تجربه تدوین برنامه پنجم توسعه در وزارت بهداشت نشان داد که در صورت داشتن زمان‌بندی،

در مواردی از جمله ماهیت و اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن اطلاعات لازم ارائه گردید. در طی جلسات شرکت کنندگان آزادانه اظهار عقیده می کردند. هماهنگ کننده جلسه بحث را متعادل و هدایت می نمود و پویایی گروه را مورد توجه قرار می داد. معیار اتمام بحث گروهی، اشباع اطلاعات و عدم ارائه داده های جدید در نظر گرفته شد. با کسب اجازه از مصاحبه شونده ها و اطمینان دادن به آنان جهت محرمانه ماندن اطلاعات آنها، عدم انتشار جداگانه و به تفکیک نام مشارکت کنندگان و مصاحبه ها یادداشت برداری شد. جهت زمان انجام مصاحبه ها نیز، پس از هماهنگی حضوری یا تماس تلفنی با افراد مدنظر، وقت ملاقات گرفته شد. مکان مصاحبه جایی انتخاب شد که مصاحبه کنندگان احساس راحتی کنند. مصاحبه ها در زمان و محل تعیین شده توسط پژوهشگران انجام شد. پیش از شروع مصاحبه ها هدف مطالعه برای مشارکت کنندگان به طور کامل توضیح داده شد. با کسب اجازه از مصاحبه شونده ها و اطمینان دادن به آنان جهت محرمانه ماندن اطلاعات آنها، مصاحبه ها یادداشت برداری شده و نهایتاً داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوا تحلیل گردید.

مرحله سوم: اطلاعات حاصل از مراحل دوم، توسط تیم پروژه تدوین و سپس در کمیته راهبری متشکل از کلیه اعضای ستاد برنامه ریزی عملیاتی، سه کارشناس منتخب رابط سلامت دستگاه های عضو شورای عالی، سه نفر از معاونت های برنامه ریزی استانداری ها و سه نفر از دبیران کارگروه های استانی، یک نماینده از معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری نهایی شد و جهت مشروعیت بخشی الگوی نهایی، صاحب نظران و خبرگان علمی و اجرایی نظام سلامت به پرسشنامه با طیف لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) پاسخ دادند. داده های حاصله با استفاده از SPSS-21 تحلیل گردید.

یافته ها

چالش های نظام برنامه ریزی سلامت در پنج درون مایه اصلی (هدف و برنامه، ساختار، منابع، فرایند، پایش و نظارت) و ۲۰ موضوع فرعی به دست آمد.

هدف و برنامه: برنامه ها هم راستا نیستند، حتی معاونت های مختلف وزارت بهداشت به طور یکسان و هماهنگ برنامه ریزی و ابلاغ نمی کنند، تکلیف برنامه های بین بخشی در سطح ملی و انتظارات از سطح استانی و شهرستانی نامعین است، هدف گذاری در پنج سال آینده در شاخص های اثر و پیامد برای استان ها و سهم شهرستان ها مشخص نیست، بار بیماری های هر استان

داخل کشور انجام شد. مطالعات بررسی شده شامل هم مطالعات کمی و هم مطالعات کیفی بوده که به صورت فارسی یا انگلیسی انجام شده و نتایج آنها منتشر شده بود. در این بخش از مطالعه توصیف روش های برنامه ریزی در تدوین برنامه های توسعه سوم، چهارم و پنجم بخش سلامت در سه سطح ملی، کشوری و استانی، مرور تحقیقات و ارزشیابی های منتشر شده در مورد مشکلات فرایند برنامه ریزی در بانک های اطلاعاتی و کتابخانه های سازمان مدیریت و برنامه ریزی بررسی تجربیات سایر کشورها در برنامه ریزی و اجرای هماهنگ برنامه های توسعه سلامت در شش کشور منتخب (دو کشور شاخص در منطقه به انتخاب کمیته راهبری با معیارهای مشخص، یک کشور اروپایی، یک کشور اسلامی پیشرفته، کانادا و آمریکا و استرالیا) و مرور روش های برنامه ریزی سلامت در متون علمی (روش پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت برای بخش سلامت، روش کارکردهای اساسی سلامت عمومی و روش اصلاحات در نظام سلامت) اصلی ترین محصولات این جستجو بود. محصول اصلی دیگر این بررسی متون مدل مفهومی پیشنهادی و الزامات برای «مدیریت برنامه های جامع سلامت در سطح ملی، استانی و شهرستان» خواهد بود که مبنای سئوالات در مرحله دوم و سوم بود.

مرحله دوم: به منظور تدوین الگوی اولیه مدیریت برنامه های توسعه ایران در حوزه سلامت در سطوح ملی، استانی و شهرستان یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا انجام شد. مشارکت کنندگان در این مطالعه را خبرگان علمی و اجرایی از وزارت بهداشت، دانشگاه های علوم پزشکی، استانداری، فرمانداری، سازمان مدیریت و برنامه ریزی و دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش های مجلس تشکیل می دادند. در این پژوهش از رویکرد نمونه گیری هدفمند استفاده شد و تا سطح اشباع ادامه یافت. معیار اصلی انتخاب شرکت کنندگان، داشتن دانش و تجربه در تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه های توسعه کشور بود. داده ها توسط بحث گروهی متمرکز و مصاحبه عمیق فردی جمع آوری شد. ابزار جمع آوری داده ها راهنمای مصاحبه بود که سئوالات اصلی مشکلات فعلی فرایند مدیریت برنامه های جامع سلامت، علل و عوامل مؤثر بر آنها و راهکارهای اجرایی پیشنهادی تأکید داشت. جهت انجام بحث گروهی متمرکز، تیم پژوهش با تهیه و ارسال دعوت نامه ای برای مشارکت کنندگان عنوان جلسه، اهداف، زمان و محل برگزاری جلسات بحث گروهی را اعلام نموده و پس از مراجعه آنان به محل، با ارائه توضیحات

شهرستان ایجاد نشده است. دانش برنامه‌ریزی جامع سلامت (سلامت در همه سیاست‌ها) در سطوح ملی، استانی و شهرستانی ایجاد نشده است.

۳) فرایند: مشارکت ذینفعان مدون نیست نگرش‌های سیاسی متنوع در برنامه‌ها ملحوظ نیست، مشارکت محیطی وجود ندارد پس احساس مالکیت برنامه رفته در سطوح محیطی کم می‌شود و به اصطلاح برنامه‌های ملی در سطح محیطی آب می‌روند، ذینفعان در سطح ملی هم به اندازه کافی مشارکت ندارند و در اصل نظام مشارکت ذینفعان در سلامت اجرایی نشده است. فرایند، روال و استاندارد مشخصی برای برنامه‌ریزی ابعاد سلامت در سطح استان‌ها ابلاغ شده است که با ابلاغ‌های قبلی برای نظام‌نامه مدیریت استانی سلامت هم‌خوانی ندارد، به نظر می‌رسد هماهنگی الگوهای برنامه‌ریزی ملی، استانی و شهرستانی در سطح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ضعیف است. الگوی آمایش سرزمین برای حوزه سلامت اجرایی نمی‌شود (علی‌رغم ابلاغ سیاست‌های آمایش آموزش عالی در حوزه سلامت در سال ۱۳۹۴) برنامه‌ریزی‌ها به صورت جزیره‌ای انجام می‌شود. شیوه‌نامه برنامه‌ریزی عملیاتی دو بار توسط وزیر بهداشت در دو مقطع ۱۳۹۳ و سپس ۱۳۹۴ ابلاغ شده است.

مشخص نیست. برنامه‌ها محدود به درون‌بخش است، برنامه مدون بین‌بخشی سلامت نداریم و به صورت جزیره‌هایی است که با چند وزارتخانه تکرار می‌شود. هنوز شهرستان‌ها برش برنامه سلامت ندارند، همان طوری که برش برنامه توسعه هم در شهرستان رسم نیست

۱) ساختار: در سطح ملی ساختار ناهماهنگی برای برنامه‌ریزی مشاهده می‌شود چندین واحد از جمله خود معاونت‌های وزارت متبوع برنامه‌ریزی می‌کنند و مستقیم ابلاغ می‌کنند معاونت بهداشتی برای به کارگیری پزشکان عمومی در قالب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع تلاش می‌کند و معاونت آموزشی برنامه مذکور را با تخصص گرایی کم تأثیر می‌کند، معین نیست در سطح استان‌ها کدام دبیرخانه مسئولیت برنامه‌ریزی و پایش را بر عهده دارد چندین واحد از جمله دبیرخانه‌های هیأت امنای دانشگاه، کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی، شورای دانشگاه و برنامه‌ریزی راهبردی در کار تدوین برنامه هستند. برنامه‌ها به صورت عمودی بدون نظر سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و متناظر آن در سطح استان ابلاغ می‌گردد.

۲) منابع: تناسب برنامه‌ها و اهداف با بودجه وجود ندارد، توان برنامه‌ریزی معاونت‌ها یکی نیست هنوز توانایی برنامه‌ریزی در

جدول شماره ۱- چالش‌های نظام برنامه‌ریزی سلامت در سطح ملی، استانی و شهرستان

موضوع‌ها	زیرموضوع‌ها
هدف و برنامه	هم‌راستا نبودن برنامه‌ها مشخص نبودن تکلیف برنامه‌های بین‌بخشی مشخص نبودن هدف‌گذاری در شاخص‌های اثر و پیامد مشخص نبودن بار بیماری‌های هر استان نبود برش برنامه سلامت در شهرستان تغییر برنامه‌ها با جابجایی مدیران کل
ساختار	ساختار ناهماهنگ برای برنامه‌ریزی در سطح ملی عدم شفافیت دبیرخانه مسئول برنامه‌ریزی و پایش در سطح استان‌ها ابلاغ برنامه‌ها به صورت عمودی بدون نظر سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی
منابع	عدم تناسب برنامه‌ها و اهداف با بودجه توان مالی ناکافی برخی معاونت‌ها جهت برنامه‌ریزی تغییر میزان حمایت سیاسی از برنامه‌ها پس از جابجایی مدیران
فرایند	مشارکت نامنظم ذینفعان در سلامت عدم هم‌خوانی فرایند، روال و استاندارد مشخص برای برنامه‌ریزی ابعاد سلامت در سطح استان‌ها با ابلاغ‌های قبلی برای نظام نامه مدیریت استانی سلامت هماهنگی ضعیف الگوهای برنامه‌ریزی ملی، استانی و شهرستانی در سطح وزارت بهداشت عدم اجرایی سازی الگوی آمایش سرزمین برای حوزه سلامت موازی کاری و ناکارا بودن گروه‌های نظارتی پایش مسائل حاشیه‌ای به جای اهداف اصلی ضعف نظام دیده‌بانی شاخص‌ها عدم تناسب اختیارات استان‌ها بر اساس مقتضیات و دارایی‌های استان

و وزرا به طور قطع برنامه‌ها تغییر می‌کند و حتی میزان حمایت سیاسی از برنامه‌های توسعه نیز موج است. جدول شماره ۱ چالش‌های نظام برنامه‌ریزی سلامت کشور را در سطوح ملی، استانی و شهرستان نشان می‌دهد. الزامات نظام برنامه‌ریزی سلامت در پنج درون مایه اصلی (برنامه‌ریزی، هماهنگی، سازماندهی، تأمین مالی، نظارت و کنترل) و ۱۹ موضوع فرعی به دست آمد که به تفکیک موضوع‌ها و زیرموضوع‌های آن در جدول شماره ۲ ارائه شد.

۴) پایش و نظارت: گروه‌های نظارتی مختلف در قوه قضائیه (سازمان بازرسی)، مجریه (وزارت اطلاعات) و مقننه وجود دارند که اتفاقاً کارایی ندارند، موازی‌کاری وجود دارد ضمن اینکه بیشتر مسائل حاشیه‌ای به جای اهداف اصلی برنامه پایش می‌شود. نظام دیده‌بانی شاخص‌ها در سطح برون‌ده (سالانه) پیامد (۳ تا ۵ سال) و اثر نهایی (۵ تا ۱۰ سال) در استان‌ها وجود ندارد. اختیارات استان‌ها بر اساس مقتضیات و دارایی‌های هر استان نیست. مقایسه‌ای بین استان‌ها و شهرستان‌ها انجام نمی‌شود. با جابجایی مدیران کل، معاونان

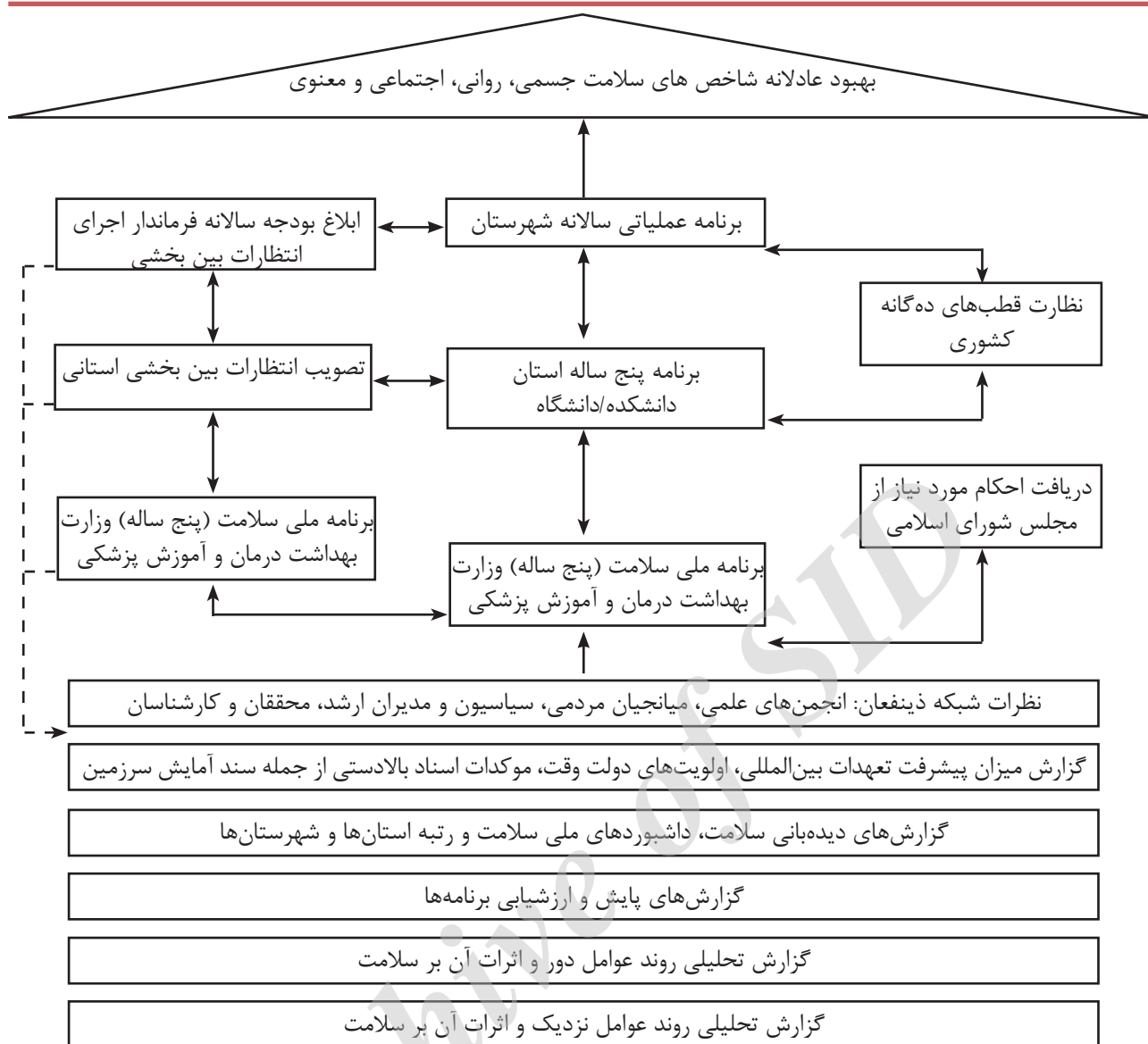
جدول شماره ۲- الزامات نظام برنامه‌ریزی سلامت در سطح ملی، استانی و شهرستانی

موضوع‌ها	زیرموضوع‌ها
برنامه‌ریزی	جهت برنامه‌ریزی دو طرفه باشد امکان سنجی اهداف مد نظر باشد امکان تطبیق و ملحوظ کردن اسناد بالادستی فراهم شود مجریان و برنامه‌ریزان درک مشترکی از برنامه داشته باشند واژه‌نامه یکسانی برای برنامه‌ریزی برقرار گردد تمرکززدایی در برنامه‌ریزی متناسب با اختیارات استان و شهرستان موجود باشد
هماهنگی	هماهنگی سطوح ملی، استانی و شهرستانی در برنامه، اجرا و نظارت برقرار شود مشارکت مردم، بخش خصوصی، خبرگان و بخش‌های دولتی فراهم باشد برنامه‌های موازی دولت‌ها امکان ورود به برنامه را داشته باشد مفهوم مشترکی از تحول در سلامت بین ذینفعان ایجاد شود هماهنگی بین اجزای برنامه‌ها و نقش هر مداخله در دستیابی به اهداف مد نظر باشد
سازماندهی	برنامه به تقسیم کار منطقه‌ای و فضایی توجه ویژه کند تا از فرصت‌های مناطق استفاده شود روزآمدسازی گروه‌های کارشناسی تدوین‌کننده برنامه ملحوظ شده و پایداری آنها در زمان اجرا و ارزشیابی وجود داشته باشد تداوم حمایت سیاسی تضمین شود
تأمین مالی	مطالبات و دارایی‌های استانی در برنامه ملحوظ شود اتصال به بودجه سالانه ملحوظ شود
نظارت و کنترل	بخش ملی نظارت خود را از طریق رتبه‌بندی استان‌ها و شهرستان‌ها انجام دهد وظایف نظارتی به درستی ملحوظ شود رصد اهداف ملحوظ شود

بحث

متولیان برای تدوین برنامه‌های مبتنی بر شواهد و کمبود مهارت‌های برنامه‌ریزی و اجرا در سطوح ملی، استان و شهرستان اشاره کرد. در این مطالعه بر اساس نظرات و مرور منابع معتبر داخلی نوزده الزام برای تدوین یک نظام مدیریت مؤثر برنامه‌های ملی استانی و شهرستانی سلامت احضاء شد که بر اساس آن مدل مفهومی و سپس فرایند

بر اساس یافته‌های این مطالعه نظام مدیریت برنامه‌های سلامت در سطح ملی، استانی و شهرستانی هماهنگی، پیوستگی و پایداری لازم را ندارد. دلایل متعددی در این موضوع سهم دارد از جمله این موارد می‌توان به ضعف باور متولیان برای موفقیت برنامه‌های جمعی، کمبود دانش



شکل شماره ۱- الگوی مفهومی مراحل برنامه ریزی سلامت در سطح ملی، استانی و شهرستان

متبوع فراز و نشیب زیادی داشته است، از حوزه معاونت هماهنگی شروع و در نهایت به شورای سیاست‌گذاری دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت تغییر نام داده است، دبیرخانه سیاست‌گذاری مطابق تحقیقات کاربردی در این حوزه شکل گرفت و مشاوران سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی در شکل‌گیری آن سهم مشاوره‌ای داشته‌اند. در دومین سال دولت یازدهم دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت و شورای مربوطه منحل شده و به جای آن معاونت برنامه‌ریزی و حقوقی تشکیل شد و عبارت سیاست‌گذاری و مراحل آن در وزارتخانه غیرشفاف گردید (۵). تحول در نظام عملکردی هیأت‌های امنای دانشگاه‌های علوم

اصلی، روال و استانداردهای مربوطه تدوین شد. در پنج سال گذشته سه بار الگوی برنامه‌ریزی عملیاتی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی توسط وزیران وقت ابلاغ شده است، در هر سه بار ساختار متولی برای برنامه‌ریزی سه واحد متفاوت بود که موجب ناپایداری برنامه‌ها و بی‌اعتمادی مخاطبان شد. در عمل این الگوها نتوانسته است انسجام برنامه‌های ملی، استانی و شهرستانی را فراهم آورد و همواره برنامه‌های بین‌بخشی و استانی در اولویت دوم قرار گرفتند و بیشتر برنامه‌های عملیاتی ستاد وزارت متبوع پایش شده است (۱۰). هم‌چنین در طی ده سال گذشته دبیرخانه و واحد سیاست‌گذاری سلامت وزارت

مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت و رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها.

در سال‌های گذشته همواره مشاهده شده است که هر دولتی بسترهای پیشگیری را کمتر فراهم آورده، بار دولت بعدی را در خدمات درمانی افزایش داده است و هم اکنون شاهد آن هستیم که سازمان‌های بیمه‌گر به دلیل حجم بالای بیماری در خیلی از موارد قادر به تأمین نیست و همواره با کسری منابع مالی روبرو است.

الگوی تدوین شده محتوی برنامه را به جهتی سوق می‌دهد که این توازن ایجاد شود. اجرای برنامه‌های سلامت در حوزه بین‌بخشی باید تضمین کننده توسعه پایدار متوازن در سه حوزه اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی باشد و این مهم وقتی برآورده می‌شود که دبیرخانه توسعه پایدار در محل مناسبی از نظر آناتومی ساختاری کشور باشد که در یک دهه آینده سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی مکان مناسب‌تری به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

توازن برنامه‌ها باید در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی رعایت شود، الگوی تدوین شده محتوی برنامه را به جهتی سوق می‌دهد که این توازن ایجاد شود. درضمن، نظامی تضمین شده برای پایش و ارزشیابی اهداف مندرج در برنامه‌ها ایجاد می‌کند.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

پزشکی ضروری است، در حال حاضر این نهادها قلمرو مالی و معاملاتی برای اجرای وظایف خود تعیین کرده‌اند. در دانشگاه‌های رتبه برتر جهانی هیأت‌های امناء نقش سیاست‌گذار و ناظر بر عملکرد مدیران دانشگاه را برعهده دارد، اجرای موفق برنامه نیازمند مشارکت هیأت امناء و نظارت آنها می‌باشد (۱۱).

سه ویژگی الگوی فعلی به شرط فراهم شدن الزامات آن به شرح زیر است: نظرات ذینفعان از سطوح محیطی به سطوح تصمیم‌گیری ملی منتقل می‌شود لذا مالکیت برنامه در سطح محیطی افزایش می‌یابد و مداخلات به واقعیت نزدیک‌تر است. چارچوب برنامه در هر سه سطح استانی، ملی و شهرستانی در امتداد هم است. نظام ارزشیابی ملی برای هر سه سطح در نظر گرفته شده است.

برنامه‌ها متأثر از شرایط بیرونی است و موفقیت آنها نیازمند ثبات سیاسی و اقتصادی هستند، بنابراین لازم است شورای امنیت ملی سیاست‌ها را به سمتی سوق دهد که این ثبات ایجاد شود. نقش مؤلفه‌های اجتماعی سلامت حدود ۵۰ درصد در بهبود شاخص‌های سلامت تعیین شده است و لذا نمی‌توان بدون توجه به آنها انتظار بهبود عادلانه شاخص‌ها را داشت به عبارت دیگر توازن برنامه‌ها در خود وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باید رعایت شود و میزان تلاش ذهنی و عینی مدیران و کارشناسان در دو حوزه قبل از بروز بیماری و بعد از بروز آن باید متوازن باشد: (۱) توجه به مراقبت‌های اولیه سلامت در شهرها، حاشیه شهرها و روستاها (۲) توجه به تولید شواهد، حمایت طلبی و رهبری

REFERENCES

1. Norouzzadeh R, Fathi Vajargah K, Kayzouri AH. Content Analysis of National Documents for Composing Policies in Five Years Plan in Higher Education, Science and Technology of Iran. Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education. 2009;15(3):29-50.
2. Barati O, Keshtkaran A, Ahmadi B, Hatam N, Khammarnia M, Siavashi E. Equity in the Health System: an Overview on National Development Plans. Sadra Medical Sciences Journal 1393;3(1):77-88.
3. 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. 2011;23(2):3-27.
4. Akhavan Behbahani A. Analytical Review of Health Policies in Development Plans. Journal of Medical Council of Iran 2013;31(2):105-112.
5. Damari B, Vosoogh-Moghaddam A, Delavari A. How Does the Ministry of Health and Medical Education of Iran Protect the Public Benefits? Analysis of Stewardship Function and the Way Forward. Hakim Research Journal 2015;18(2):94-104.

6. Azizkhani F, Varmarziyar H. Evaluation of Regulatory Mechanism for the Fifth Development Plan. *Majlis & Rahbord* 2011;18(67):164-211.
7. Policy Council of Ministry of Health and Medical Education. Health of Islamic Republic of Iran in Fifth Development Plan for Economic, Social and Cultural Rights, November 2009.
8. Gholami S, Azimi M. Pathology of Economic Development Programs after the Victory of Islamic Revolution. Vice-Chancellery for Research in Islamic Azad University, 2009.
9. Sadeghi Shahedani M, Khosravi M. Theoretical Differences and Similarities of Five Years Development Plans of Islamic Republic of Iran. *Quarterly Journal of Economic Growth and Development Research* 2016;6(23):13-26.
10. Damari B, Vosoogh Moghaddam A, Fathi M, Kazemi A. Redesigning Operational Planning System (OPS) for Ministry of Health and Medical Education in Iran. *Payesh Journal* 2013;13(1):21-32.
11. Damari B, Rahbari-Bonab M, Vosoogh Moghaddam A, Aminloo H. Challenges and Performance Improvement Approaches of Boards of Trustees of Universities of Medical Sciences and Health Services in Iran. *Hakim Health Sys Res* 2014;17(2):88-95.

Archive of SID