نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره ششم، بهار ۱۴۰۱، شماره اول، صفحات ۱۱۰ تا ۱۱۷

مروری

سیاست‌گذاری مشارکتی سلامت در ایران: تأملی بر تجربیات بعد از انقلاب در چارچوب هرم قانونی

مریم رهبری[۱]، سیدرضا مجدزاده[۲]، فاطمه رجبی[۳*]، ابوعلی ودادهیر[۴]

۱. مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. ***نویسنده مسئول:** مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، Frajabi@tums.ac.ir
۴. گروه انسان‌شناسی و مطالعات سلامت، گروه انسان‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، و عضو هیئت علمی قطب علمی جامعه‌شناسی سلامت، (CEHS) دانشگاه تبریز

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۱/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: هدف پوشش همگانی سلامت (UHC)، اطمینان از دریافت خدمات ضروری سلامت بدون تحمل دشواری مالی برای آن است. حکمرانی خوب در نظام سلامت موفقیت اصلاحات پوشش همگانی سلامت را به همراه دارد. یکی از جنبه‌های حیاتی ولی چالش‌برانگیز تقویت حکمرانی سلامت، جلب نظام‌مند مشارکت مردم در عرصه شکل‌دهی سیاست‌ها و تصمیم‌های بخش سلامت است. باتوجه به اینکه حمایت قوانین و اسناد بالادستی کشورها از تصمیم‌گیری مشارکتی، یکی از عوامل مؤثر در شکل‌گیری و پایداری مشارکت مردم در بخش سلامت به شمار می‌رود، این مطالعه به بررسی هم راستایی احکام قوانین برنامه‌های توسعه دولت‌ها در ایران از سال ۱۳۶۸ تا۱۳۹۵ با قانون اساسی در جلب مشارکت مردم دراداره امور کشور با تمرکز بر بخش سلامت پرداخته است.

روش: مطالعه به روش کیفی طراحی و اجرا شده است. داده‌ها از مستندات قانونی شامل: متن احکام قوانین برنامه‌های پنج ساله اول تا ششم توسعه که در فاصله بین سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۹۵ تدوین شده‌اند و همچنین متن قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۵۸ و اصلاحات بعدی آن استخراج شده‌اند. داده‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای کیفی به روش تجمعی (summative) مدیریت و تحلیل شده است.

یافته‌ها: طی سال‌های مورد بررسی، دولت‌ها همواره برای جلب مشارکت مالی مردم در بخش عمرانی یا پرداخت بخشی از هزینه‌های بهداشت و درمان، حکم حقوقی لازم را در قوانین برنامه خود دریافت کرده‌اند که با اصل بیست و نهم قانون اساسی مبنی بر «اجازه دولت به تأمین بخشی از منابع مورد نیاز دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی از طریق مشارکت مردم» منطبق است.

مطابق اصول متعدد قانون اساسی از قبیل؛ بند ۸ اصل سوم، بند۳ اصل چهل و سوم و اصل یکصدم، تعامل مردم درشناسایی مسایل و اتخاذ تصمیم مناسب در اداره امور کشور از جمله بخش سلامت به رسمیت شناخته شده است که حکم متناظری برای عملیاتی کردن آن درقوانین برنامه توسعه دولت‌ها لحاظ نشده است.

نتیجه‌گیری : یافته‌های این مطالعه نشان داد که به رغم تعدد و کفایت اصول قانون اساسی در به رسمیت شناختن حق مشارکت مردم در سیاست‌گذاری‌ها بخصوص دربخش سلامت، به بودجه‌ریزی مشارکتی بجای سیاست‌گذاری مشارکتی متمرکز شده است. با توجه به اهمیت مشارکت جامعه در رفع یا کاهش نابرابری‌ها در بهره‌مندی از خدمات سلامت به ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر، پیشنهادهایی در سطح دولت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی اصلی نظام سلامت ارائه شد.

کلیدواژه‌ها: پوشش همگانی سلامت، سیاست‌گذاری، قوانین پزشکی، مشارکت اجتماع

مقدمه

به‌رغم گسترش فرایندجهانی شدن و افزایش درآمد سرانه در بسیاری از کشورهای درحال‌توسعه، طی دهه‌های گذشته، میزان نابرابری‌ها و فقر مطلق درسطح جهان رشد داشته است. به‌طوری‌که درحال‌حاضر نسبت درآمد ۲۰ درصد ثروتمندترین جمعیت به ۲۰ درصد فقیرترین افراد؛ ۸۲ به ۱ در مقایسه با ۳۰ در ۱ در ۱۹۶۰ است (۱).در سراسر دنیا، نابرابری در سلامتی نیز رو به فزونی است و همزمان استراتژی‌های توانمندسازی، مشارکت و سایر رویکردهای تصمیم‌گیری پایین به بالا درارتقای سلامت عمومی ورفع بی‌عدالتی در سلامت مطرح و به کارگرفته می‌شوند(۱). شواهد نشان می‌دهد مشارکت جامعه سهم بسزایی در ارتقای سلامت به ویژه در بین جمعیت آسیب‌پذیر و محروم جامعه ایفا می‌کند. (۵) پوشش همگانی سلامت (UHC) که به دسترسی خدمات بهداشتی با کیفیت برای همه بدون ترس ازمواجهه با مشکلات مالی اشاره دارد، از طریق مشارکت هدفمند دولت‌ها با جوامع، به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر امکان‌پذیر است(۳، ۴). رویکرد جلب مشارکت جامعه درچرخه سیاست‌گذاری سلامت در اولین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت در اوتاوا (۱۹۸۶)، به عنوان یک عامل مهم در ارتقای سلامت جوامع معرفی شد و توانمندسازی جامعه، هسته اصلی موفقیت در اقدام جامعه برای ارتقای سلامت خود اعلام شد.(۵) همچنین مهم‌ترین دستاورد نشست آلما آتا (۱۹۷۸) ایجاد تغییر عمیق در درک مفهوم سلامت، در رویکردی جامع‌تر با تمرکز بر، برابری، مشارکت و توجه به مؤلفه‌های اجتماعی بود.(۶، ۷) از سوی دیگر؛ ارتقا و بهبود مشارکت در سیاست‌گذاری و اقدام در حیطه‌های اجتماعی برای سلامت یکی از توصیه‌های کنفرانس جهانی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در سال ۲۰۱۱ بود که دولت‌ها را ملزم به تعامل با ذی‌نقشان خارج از دولت از جمله جامعه مدنی می‌داند و جلب مشارکت جامعه را برای حکمرانی مؤثر بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، امری ضروری معرفی می‌کند(۸).با توجه به اهمیت حکمرانی مشارکتی سلامت و به رسمیت شناخته شدن همکاری و حضور مردم در امور مختلف از جمله بخش سلامت در قانون اساسی این سوال مطرح می‌شود که دولت‌ها در عملیاتی کردن اصول و ارزش‌های مرتبط با جلب مشارکت مردم در قانون اساسی چه تکالیفی در قوانین برنامه‌های توسعه کشورداشته‌اند؟

مفهوم مشارکت جامعه

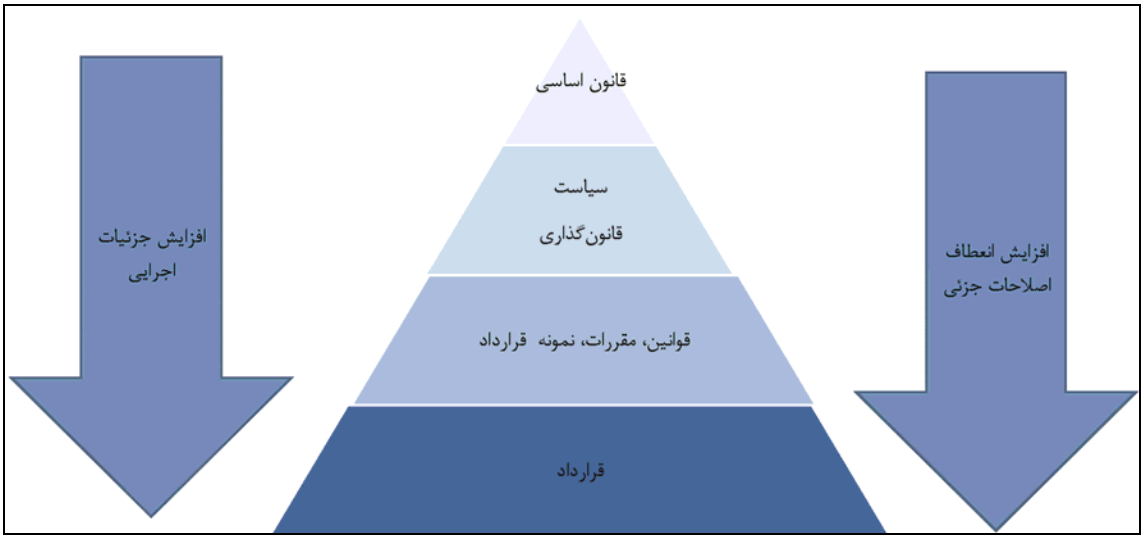
فقدان تعریف استانداردبرای مشارکت جامعه موجب سردرگمی و سخت شدن کاردانشگاهیان و برنامه‌ریزان شده است(۲) واژه «جامعه» درحوزه سلامت، اغلب برای نشان دادن جمعیتی که در یک منطقه جغرافیایی زندگی می‌کنند به کار می‌رود. در مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) مراقبت‌های سلامت مبتنی بر جامعه مفهومی است که برای تفسیر «مشارکت جامعه» در سیاست‌ها و برنامه‌ها به کار می‌رود. بنابراین در مراقبت‌های اولیه سلامت؛ یک «جامعه» را به عنوان یک گروه هدف برای مداخلات سلامت و «مشارکت» را به عنوان پاسخ گروه برای دریافت مشاوره و فعالیت‌هایی که ثابت شده است تأمین‌کننده سلامت بیشتر هستند، مشاهده می‌کنیم. در یک برداشت دیگر، اصطلاح جامعه را می‌توان به عنوان گروهی از افراد توصیف کرد که دارای نقاط مشترکی هستند. این اشتراک می‌تواند صرفاً در محل زندگی آنها باشد، یا در نژاد، قومیت، سن، شغل، علاقه یا قرابت مشترک (مانند دین و مذهب) یا سایر پیوندهای مشترک مانند نیاز یا مسئله سلامتی تعریف شود(۱۰-۹) فلورین دیکسون مشارکت عمومی در سلامت را به عنوان مشارکت اعضای جامعه در تصمیمات راهبردی در مورد خدمات و سیاست‌های سلامت در سطح «محلی یا ملی» تعریف می‌کنند. براساس این تعریف، مشارکت جامعه از مشارکت بیمار که به طورخاص به «مشارکت فردی بیماران اشاره دارد» متمایز است(۱۱، ۱۲). دراین میان، بسیاری از افرادی که درحوزه سلامت و به‌ویژه در زمینه «ارتقای سلامت» فعالیت دارند، واژه «توانمندسازی» را جایگزین «مشارکت جامعه» می‌کنند(۱۳، ۱۴). در این مقاله، هرگونه مشارکت فردی یا اجتماعی مردم ازجمله عموم مردم، نمایندگان مردم در مجلس، هم تایان، جامعه مدنی، جامعه عمومی به معنی «مشارکت جامعه» در نظر گرفته شده است.

چارچوب قانونی برای مشارکت: شفاف‌سازی مفهومی

چارچوب‌های قانونی مشارکت را می‌توان مجموعه‌ای از ابزارهای قانونی مکمل یکدیگر دانست که در آن هر سند، اطلاعات تکمیلی مربوط به عملیاتی کردن هدف سیاستی را که در قانون به رسمیت شناخته شده است، ارائه می‌دهد. شکل ۱هرم چارچوب قانونی و در رأس آن، ابزار فراگیر قانون اساسی را نشان می‌دهد که در آن اختیارات و وظایف دولت تعیین و حقوق خاصی برای مردم تضمین می‌شود(۳).

لایه دوم، متشکل از قوانین و سیاست‌هایی است که با ابلاغ و انتشار از سوی یک سازمان رسمی حاکمیت، معمولاً توسط یک نهاد قانون‌گذاری مانند مجلس، قابلیت اجرایی پیدا می‌کند.سطح جزئیات عملیاتی در حرکت به سمت لایه سوم هرم افزایش پیدا می‌کندکه مرتبط با قرارداد بین طرفین است و توأم با افزایش انعطاف‌پذیری است. به‌طوری‌که یک اصلاحیه در قانون اساسی (در رأس هرم) بسیار پیچیده‌تر و سخت‌تر از تغییر جمله‌بندی یک قرارداد (درلایحه تحتانی) است. انتقال و گذار بین لایه‌های مختلف سیال و وابسته به شرایط و موقعیت‌های محیطی است. در بسیاری از بافتارها، برخی کارکردها به جای لایه دوم هرم ، بخشی از لایه سوم محسوب می‌شوند.(۳)

در این مطالعه به جستجوی بیان جایگاه لحاظ شده برای جلب مشارکت مردم در قانون اساسی ایران درقوانین برنامه اول تا ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مصوب ۱۳۹۵-۱۳۶۸برای اداره امور از جمله بخش بهداشت و درمان هستیم. قوانین برنامه توسعه‌بخشی از اسناد حقوقی لایه دوم هرم چارچوب قانونی کشوربه شمار می‌روند.



شکل ۱- هرم چارچوب قانونی

روش

باتوجه به اینکه هدف پژوهش، شناسایی و مقایسه سیاست‌های دولت‌های پنج‌گانه ایران طی سال های پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران در به کارگیری رویکرد جلب مشارکت مردم در تأمین و ارتقای سلامت است، از روش تطبیقی استفاده می‌شود و چون مطالعه بر یک مورد (کشور ایران در دوره‌های گوناگون) متمرکز است، درواقع یک موردپژوهی است. شیوه گردآوری داده‌ها؛ مرور اسناد بوده و داده‌های موجود و ثانویه با مراجعه به متن قانون اساسی، قوانین برنامه توسعه وقانون بودجه به دست آمده است. با استفاده از کلیدواژه‌های شناخته شده درزمینه مشارکت جامعه شامل «مشارکت»، «تعامل» ، «شورا»، «همکاری مردم»، «مشورت مردم»، «سلامت»، «بهداشت و درمان» به جستجو در متن اصول قانون اساسی یا حکم قانون برنامه توسعه پرداخته و فراتر از شمارش فراوانی کلمات، به دنبال کشف کاربرد کلیدواژه‌ها درمحتوی مندرج درحکم بودیم. دراین روش ازتحلیل محتوا که به تحلیل محتوای کیفی تجمعی شناخته می‌شود استفاده شده است که هیچ تلاشی برای استنتاج معنی صورت نمی‌گیرد. اسناد مورد بررسی؛ متن قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۵۸ و اصلاحات بعدی آن، قوانین برنامه‌های پنج ساله اول تا ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اول تا ششم، قوانین سالانه بودجه که در فاصله بین سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۹۵ به تصویب رسیده‌اند، می‌باشد.

یافته‌ها

قانون اساسی ایران شامل؛ بخش مقدمه و ۱۷۷ اصل است که در ۱۴ فصل طبقه‌بندی شده‌اند و بنیادی‌ترین قانون کشور محسوب می‌شود. در بررسی انجام شده مشخص شد؛ واژه «مشارکت» به همراه عبارت‌هایی مثل:«مردم»، «ملت»، «جامعه»، «افراد اجتماع»، «عناصر اجتماع» و «ساماندهی خود» برای بیان مفاهیم بنیادی از جمله؛ «نحوه حکمرانی اسلامی»، « تصمیم‌گیری»، «تعیین سرنوشت جامعه»، «تحول جامعه»، «اداره امور» و «ساختن جامعه اسلامی» در بخش مقدماتی به کار گرفته شده است(جدول ۱). بر این اساس؛ هدف حکومت؛ رشد انسان درحرکت به سوی نظام الهی برای تجلی ابعاد خداگونگی وی معرفی می‌شود که درگرو مشارکت تمامی عناصر اجتماع است و مقرر است قانون اساسی زمینه چنین مشارکتی را در تمام مراحل تصمیم‌گیری‌های سیاسی و سرنوشت‌ساز برای همه افراد فراهم کند(۱۵).

در ۲۵ اصل از قانون اساسی؛ همکاری و مشارکت مردم در تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و نظارت اداره امور کشور بیان شده است. در جدول ۲ موارد مرتبط با سلامت یا حوزه‌های اجتماعی که سلامت جزیی از آن محسوب می‌شود آمده است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد؛ در قانون اساسی، مشارکت مردم تاحد توانمندی و از طریق فردی یا انتخاب نماینده افراد برای خودشان درسطوح محلی، منطقه‌ای و ملی دیده شده است.

قوانین برنامه پنج ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اول تا ششم از سال ۱۳۶۸ تا ۱۳۹۵ مصوب شده‌اند(۱۷-۱۶). نتیجه بررسی ما نشان داد که دولت‌ها در بخش‌های مختلف برنامه‌های توسعه کشور ازکلید واژه‌هایی مانند «شورا، مشارکت، مشارکت عمومی یا مردم و شورای اسلامی شهر و روستا» که بیانگر قصد «جلب مشارکت مردم» در اداره امور کشور دارد، استفاده کرده‌اند. واژه‌های «مشارکت عمومی» و «مشارکت مردم» کمترین و واژه «شورا» بیشترین کاربرد را در قوانین برنامه توسعه داشته است. واژه «شورا» بیشتر در قالب شوراهای عالی کشوربه کارگرفته شده است.

در حوزه سلامت نیز شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در برنامه چهارم توسعه از ادغام شوراهای عالی «سلامت» و «تغذیه» ایجاد و پس از تکرار در برنامه پنجم با تغییراتی به قانون دایمی تبدیل شد. هم چنین شورای عالی بیمه سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه ایجاد و وظیفه

جدول ۱- مصادیق مشارکت مردم و جامعه در بخش مقدماتی قانون اساسی ایران

عنوان	مصداق ۱	مصداق ۲	مصداق ۳
شیوه حکومت در اسلام	حکومت از دیدگاه اسلام، برخاسته از موضع طبقاتی و سلطه‌گری فردی یا گروهی نیست بلکه تبلور آرمان سیاسی ملتی هم کیش و هم فکر است که به خود سازمان می‌دهد تا در روند تحول فکری و عقیدتی راه خود را به سوی هدف نهایی (حرکت به سوی الله) بگشاید.	هدف از حکومت، رشد دادن انسان در حرکت به سوی نظام الهی است (والی‌الله المصیر) تا زمینه بروز و شکوفایی استعدادها به منظور تجلی ابعاد خداگونگی انسان فراهم آید (تخلقوا باخلاق‌الله) و این جز در گرو مشارکت فعال و گسترده تمامی عناصر اجتماع در روند تحول جامعه نمی‌تواند باشد.	قانون اساسی زمینه چنین مشارکتی را در تمام مراحل تصمیم‌گیری‌های سیاسی و سرنوشت‌ساز برای همه افراد اجتماع فراهم می‌سازد تا در مسیر تکامل انسان هر فردی خود دست اندرکار و مسئول رشد و ارتقا و رهبری شود که این همان تحقق حکومت مستضعفان در زمین خواهد بود. (و نرید ان نمن علی‌الذین استضعفوا فی الارض و نجعلهم ائمه ونجعلهم الوارثین).
ولایت فقیه	براساس ولایت امر و امامت مستمر، قانون اساسی زمینه تحقق رهبری فقیه جامع‌الشرایطی را که از طرف مردم به عنوان رهبر شناخته می‌شود آماده می‌کند .		
وسایل ارتباط جمعی	... امت مسلمان با انتخاب مسئولان کاردان و مؤمن و نظارت مستمر بر کار آنان به طور فعالانه در ساختن جامعه اسلامی مشارکت جویند.....		

جدول ۲- درون مایه‌های منتج از اصول قانون اساسی برای مشارکت مردم در حق برخورداری از سلامت

شماره اصل	محتوای مرتبط در متن حکم	درون مایه اصلی
سوم	مشارکت عامه مردم در تعیین سرنوشت اجتماعی خود	توانمندی. مشارکت فردی
ششم	امور کشور باید به اتکاء آراء عمومی نمایندگان مجلس شورای اسلامی اعضای شوراها	سطح مشارکت: ملی مکانیسم: حضور نماینده مردم درجلسات تصمیم‌گیری
بیست‌ونهم	حق دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی درآمدهای حاصل از مشارکت مردم	مکانیسم: تعیین سهم مردم درتأمین منابع برای سلامت
چهل‌وسوم	خودسازی معنوی، سیاسی و اجتماعی شرکت فعال در رهبری کشور افزایش مهارت و ابتکار	توانمندسازی مردم
پنجاه‌وهشت	ارایه طرح‌های قانونی به پیشنهاد نمایندگان مجلس	حق مشارکت در چرخه سیاست‌گذاری مکانیسم: ازطریق نمایندگان مردم در مجلس سطح مشارکت: ملی
هشتادوچهار	هر نماینده در برابر تمام ملت مسئول است حق اظهارنظر در همه مسائل	حق مشارکت در سطح ملی مکانیسم مشارکت: نمایندگان مردم در مجلس
یکصدم	برای پیشبرد سریع برنامه‌های بهداشتی از طریق همکاری مردم اداره امور هر روستا، بخش، شهر، شهرستان یا استان با نظارت شورایی اعضای آن را با انتخاب مردم	مکانیسم مشارکت: شورا، انتخاب نماینده سطوح مشارکت: محلی و منطقه‌ای

بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه‌های سالانه خدمات بهداشتی درمانی را عهده دارشده است.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد؛ رویکرد غالب برای مشارکت دادن مردم در حوزه سلامت، جلب مشارکت مالی و تعیین سهم ایشان در تأمین هزینه‌های سلامت بوده است. این رویکرد تنها با بخشی از مفاد مندرج در اصل بیست‌ونهم قانون اساسی هم راستا است.

سیاست‌ها و رویکرد جلب مشارکت مردم دراداره امور مربوط به سلامت توسط دولت‌ها درقوانین برنامه توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران اول تا ششم در ادامه آمده است.

قانون برنامه اول توسعه

- **سیاست‌های بخش سلامت:** فراگیری پوشش خدمات بهداشتی - درمانی، دسترسی همه مردم به خدمات در اقصی نقاط کشور.
- **رویکرد جلب مشارکت جامعه در سلامت:** مشارکت مالی در بخش عمرانی سلامت و تأمین منابع فیزیکی برای ارایه خدمات سلامت.

شکل ۲- چارچوب هرم قانون‌گذاری مشارکت مردم در سلامت ایران

قانون برنامه دوم توسعه

- **سیاست‌های بخش سلامت:** تأمین سلامت عمومی، توسعه کمی،کیفی و تشکیلاتی شبکه‌های بهداشتی درمانی، تأمین مراقبت‌های اولیه بهداشتی با تاکید برمناطق محروم و روستایی کشور.
- **رویکرد جلب مشارکت جامعه درسلامت:** مشارکت مالی در بخش عمرانی سلامت و تأمین منابع فیزیکی برای ارایه خدمات سلامت.

قانون برنامه سوم توسعه

- **سیاست‌های بخش سلامت:** توسعه مراکز درمان بستری از طریق جلب مشارکت بخش خصوصی و غیردولتی با سازو کار اعطای تسهیلات و تشکیل تعاونی‌های گروه پزشکی، فراهمی ورود بخش خصوصی به درمان سرپایی.
- **رویکرد جلب مشارکت جامعه درسلامت:** مشارکت مالی مردم در تأمین هزینه‌های بهداشت و درمان و مشارکت بخش خصوصی در ارایه خدمات.

قانون برنامه چهارم توسعه

- **سیاست‌های بخش سلامت:** مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع بخش سلامت؛ ارتقای شاخص «مشارکت عادلانه مالی مردم» تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با هدف ارتقای ایمنی و امنیت غذایی جامعه.
- **رویکرد جلب مشارکت جامعه درسلامت:** مشارکت مالی در تأمین مالی برای تأمین هزینه‌های ارایه خدمات سلامت.

قانون برنامه پنجم توسعه

- **سیاست‌های بخش سلامت:** رویکرد انسان سالم و سلامت همه‌جانبه،گسترش پوشش بیمه همگانی سلامت.
- **رویکرد جلب مشارکت جامعه در سلامت:** مشارکت مالی عادلانه در تأمین مالی برای تأمین هزینه‌های ارایه خدمات سلامت.

قانون برنامه ششم توسعه

- **سیاست‌های بخش سلامت:** پوشش همگانی سلامت، افزایش سهم مشارکت مالی خانوارها در حق بیمه سلامت، واگذاری تولیت سلامت به وزارت بهداشت.
- **رویکرد جلب مشارکت جامعه در سلامت:** مشارکت مالی عادلانه در تأمین مالی برای تأمین هزینه‌های ارایه خدمات سلامت.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد؛ جلب مشارکت مردم در قانون اساسی واقع درراس هرم قانونی کشور درحد متعالی و به صورت تعامل دوسویه با دولت، در بستری که از مسیر توانمند کردن مردم عبور می‌کند، دیده شده است ولی این نگاه در لایه پایین‌تر هرم به اندازه کافی و لازم جریان پیدا نکرده است. در نتیجه جلب مشارکت مردم در نظام برنامه‌ریزی و اجرایی سلامت کشور به شکل نظام‌مند دیده نمی‌شود. آقایی(۱۸) نیز معتقد است براساس قانون اساسی، ظرفیت‌های بسیار زیادی برای ترویج به کارگیری روش‌های مشورتی در مقررات‌گذاری وجود دارد ولی تاکنون در این خصوص قانون‌گذاری مهمی صورت نگرفته است. دماری (۱۹) در مطالعه خود، استقرار رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها را مستلزم طراحی و ابلاغ

دستورالعمل‌های همکاری بین بخشی از جمله شیوه و نحوه مشارکت مردم و بخش خصوصی در تصمیمات سلامت بیان می‌کند. بر اساس یافته‌های اخوان (۲۰) جایگاه مستحکمی در نظام قانون‌گذاری ایران برای مشارکت مردم وجود ندارد و هیچ‌کدام از قوانین موجود نیز الزام‌آور نیست. او عوامل قانونی را یکی از موانع مشارکت پذیری سیاست‌گذاری می‌داند و معتقد است چالش محدودیت‌های قانونی تقریباً در تمام کشورها دیده می‌شود که برخی از آنها برای رفع آن اقدام به تصویب قانونی مستقل در این زمینه کرده‌اند.

در قوانین برنامه توسعه اول تا ششم؛ دو شورای عالی تحت عناوین «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» و «شورای عالی بیمه سلامت» در حوزه سلامت ایجاد شده است که در ترکیب آنها، از نمایندگان مردم درمجلس، به عنوان عضو ناظر حضوردارند. شایان ذکر است براساس بند ۱۲ ماده (۲) آیین‌نامه تشکیلات و شرح وظایف شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مصوب سال ۱۳۹۰، عبارت «مشارکت مردمی» که مطابق آیین‌نامه اجرایی «شورای عالی سلامت و اصلاحات نظام سلامت» در سال ۱۳۸۲ به صورت «سیاست‌گذاری کلان درزمینه گسترش همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردمی» مصوب شده بود، از ذیل آن حذف شد.

یکی دیگر از مهم‌ترین نهادهای شورایی در نظام سیاست‌گذاری محلی ایران، شوراهای اسلامی شهر و روستا است. اشتریان (۲۱) معتقد است استمرار تفکر مدیریت تمرکز یافته بالا به پایین در نظام اداری ایران باعث شده است تا به این شوراها به عنوان ابزاری اجرایی و در امتداد قوه مجریه نگریسته شود و نه یک نهاد مردمی که جایگاه قانونی دارد. بابایی(۲۲) در مطالعه خود ۷۳ مانع را برای مشارکت اعضای شوراهای اسلامی در نظام بهداشت و درمان ذکر می‌کند که در ۷ دسته کلی از جمله؛ ضعف در قوانین، مقررات و نظارت برمی شمارد. به رغم وجود ایرادها به عملکرد کلی این شوراهای محلی، برخی مطالعات انجام شده بیانگر ظرفیت بالای شوراهای اسلامی شهر و روستا در شناسایی و حل مسایل سلامتی محلی دارد و سیاست‌گذاران با برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری آموزشی و ظرفیت‌سازی می‌توانند این توانمندی را در مسیر ارتقای سلامت منطقه هدایت کنند. سلیمانی در مطالعه خود نقش دهیاری‌ها در سامان‌دهی بحران‌های بهداشتی از جمله دسترسی به آب کافی با کیفیت و مبارزه با برخی بیماری‌های واگیر در نواحی روستایی را مثبت ارزیابی می‌کند. رضوانی نیز در مطالعه خود، تأثیر مشارکت دهیاری‌ها در طرح‌های پیشگیری از بحران‌های بهداشتی درمانی را زیاد ارزیابی کرده است.

تاریخچه پرداختن به موضوع جلب مشارکت جامعه به عنوان یک عامل مهم در ارتقای سلامت به حدود چهار دهه قبل یعنی بیانیه نشست «آلما آتا» برمی‌گردد (۷) و در طول این مدت همچنان اهمیت خود را حفظ کرده است. امروزه بار دیگر به عنوان عنصری اساسی برای ارتقای سلامت به ویژه در بین جمعیت‌های آسیب‌پذیر و محروم، درهمه کشورها مطرح می‌شود(۲). بیشترکشورهای منطقه آمریکای لاتین اهمیت سیاست‌های اجتماعی در سلامت را به عنوان ابزاری برای شناسایی نیازهای جمعیت خود، گنجاندن گروه های غفلت شده و آسیب‌پذیر در فرآیندهای تصمیم‌گیری و دستیابی به دسترسی عادلانه‌تر به خدمات بهداشتی می‌شناسند.(۳) کشورهای مختلف برنامه‌ها و مقررات متفاوتی برای جلب مشارکت اجتماعی در سیستم‌های بهداشتی دارند که بر مشارکت در طراحی و ارائه خدمات و نحوه رسیدگی به نیازهای مراقبت بهداشتی تأثیر می‌گذارد. برزیل با اجرای برنامه «شورای سلامت» که دارای دستورالعمل‌های روشنی در مورد نحوه مشارکت نمایندگان مردم در سطح جامعه است، مشارکت جامعه برای دریافت بودجه فدرال خدمات بهداشتی را اجباری می‌کند. مجمع ملی سلامت تایلند با هدف دسترسی به عدالت در سلامت و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی به ذی‌نفعان و ذی‌نقشان مختلف اجازه داده است تا ازطریق گفتگو توأم با احترام، درک بهتری از دیدگاه‌های یکدیگر در مورد مسایل داشته باشند. روشی که در آن ذی‌نفعان مختلف در تلاش واقعی برای اجماع با یکدیگر بحث و گفتگو می‌کنند(۲۳). امروزه مشارکت جوامع یکی از شاخص‌های مهم درروند توسعه محسوب می‌شود(۲۴). باید در نظر داشت؛ مشارکت اجتماعی مؤثر و نهادینه شده آسان نبوده و موفقیت آن نیازمند ملزومات متعددی است(۲۵) تحقیقات نشان داده‌اند که مشارکت، نیازمند فراهم شدن شرایط لازم که بیشتر در سطوح کلان جامعه قرار دارد می‌باشد. یکی ازعوامل زمینه ساز برای مشارکت؛ عوامل حقوقی و قانون‌گذاری برای جلب مشارکت اجتماعی در ارتقای سلامت است. لیکن بررسی و مشاهده مستقیم اثر این عوامل کار چندان ساده‌ای نیست.در این میان، دولت‌ها به عنوان تشکلی مقتدر جریان مشارکت شهروندان را هدایت می‌کنند و میزان التزام دولت‌ها به جلب مشارکت شهروندان معیار مهمی در حکمرانی خوب به شمار می‌رود (۳).

یافته‌های این مطالعه نشان داد؛ دولت‌ها در جمهوری اسلامی ایران پس از پیروزی انقلاب اسلامی به‌رغم تعدّد و کفایت اصول قانون اساسی در به رسمیت شناختن حق مشارکت مردم در سیاست‌گذاری‌های مربوط به همه سطوح و همه بخش‌ها از جمله بخش سلامت، در عمل به بودجه‌ریزی مشارکتی متمرکز شده‌اند تا سیاست‌گذاری مشارکتی.

پیشنهاد

با توجه به اهمیت مشارکت اجتماعی در تصمیم‌گیری‌های بخش سلامت در رفع یا کاهش نابرابری‌ها در بهره‌مندی از خدمات سلامت به ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر، پیشنهاد می‌شود:

۱. دولت درلایحه برنامه هفتم توسعه مشارکت مردم در حوزه سلامت را فراتر از مشارکت مالی درنظر بگیرد؛

۲. به منظور ایجاد جریان عملیاتی شدن قوانین لایه‌های فوقانی هرم قانونی کشور در لایه‌های زیرین و قاعده هرم لازم است اقدامات زیر توسط وزارت بهداشت و درمان به عنوان متولی اصلی نظام سلامت دردستورکارقرارگیرد؛

۳. ارزیابی عملکرد شوراهای عالی ذیل مدیریت خودو رفع موانع احتمالی موجود اعم از: ساختاری، تقنینی، منابع، اراده سیاسی، تعارض منافع در جهت اثربخشی آنها در ارتقای سلامت جامعه و رفع نابرابری های سلامت؛

۴. تعیین راهبردها و برنامه‌های عملیاتی برای جلب مشارکت هدفمند و مؤثر جامعه در تأمین و ارتقای سلامت کشور.

منابع

1. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
2. Rifkin SB. Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. Int Health 2009; 1(1): 31-6.
3. Voice, agency, empowerment: handbook on social participation for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. Gómez EJ. Civil society in global health policymaking: a critical review. Global Health 2018; 14(1): 73.
5. The Ottawa Charter for Health Promotion .First International Conference on Health Promotion, Ottawa; 21 November 1986.
6. Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All-from consensus to complexity. BMJ Glob Health. 2018; 3(Suppl 3): e001188.
7. WHO. Declaration of Alma-Ata. Geneva: World Health Organization; 1978.
8. World Conference on Social Determinants of Health,Rio Political Declaration on Social Determinants of Health ,Rio de Janeiro, Brazil; 21 October 2011
9. MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, Kegeles S, Strauss RP, Scotti R, et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. Am J Public Health 2001; 91(12): 1929-38.
10. O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F,et al. Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. Public Health Research 2013; 1(4).
11. Florin D, Dixon J. Public involvement in health care *BMJ* 2004; 328: 159–161.
12. Conklin A, Morris Z, Nolte E. What is the evidence base for public involvement in health-care policy? Results of a systematic scoping review. Health Expect 2015 ; 18(2): 153-65.
13. Laverack G, Wallerstein N. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. Health Promotion 2001; 16: 179-85.
14. Laverack G. Health promotion practice: Power and empowerment. London: Sage; 2004
15. The Constitution of the Islamic Republic of Iran approved in 1979 and subsequent amendments
16. The Parliament of Iran. The first five-year development plan. Tehran; 1990. [In Persian]
17. The Parliament of Iran. Second five-year development plan. Tehran; 1994. [In Persian]
18. Muslem Aghaie Toogh.Public consultation and survey processes on Comparative review regulations and the situation in Iran. Journal of Administrative Law 2015; 5(41).
19. Damari B, Vosough Moggadam A, Rostamigooran N,et al. Analysis of Intersectoral Collaboration in the Iranian Health System for Implementing Health in all Policies: Challenges and the Way Forward. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2020; 16(1): 1-16.
20. Akhavan Behbahani A, Masoudi Asl I,et al.Challenges for Public Participation in Health Legslation in Iran:A Qualitative study.Archives of Rehabilitation 2021; 21(4): 454-469.
21. Ashtarian K, Karimifard H. Analysis of Performance of the Islamic City Councils in Iran. Doulat Pajouhi 2016 133-95: (7) 2.[In Persian]
22. Babaei N.Social Policy and Health, Social Welfare Quarterly, Social Policy Special Issue 2003; 10:201-232.
23. Rajan D, Mathurapote N, Putthasri W, Posayanonda T, Pinprateep P, de Courcelles S, Bichon R, Ros E, Delobre A, Schmets G. Institutionalising participatory health governance: lessons from nine years of the National Health Assembly model in Thailand. BMJ Glob Health 2019; 10;4(Suppl 7): e001769
24. Ramazankhany A. Healthy volunteers and social and cultural goals of economic development prospects. Health Liaison Quarterly 2010; 13(37): 3-2.
25. World Health Organization. Strategic alliances: The role of civil society in health; 2001. Available at: http://www.who.int/ civilsociety/ documents/en/alliances_en.pdf

Review

Participatory Health Policy-Making in IRAN,:Reflection on the Experience after the Revolution, within the Legal Pyramid Framework

Maryam Rahbari[1], Seyad Reza Majdzadeh[2], Fatemeh Rajabi*[3], Abouali Vedadhir[4]

1. Community Based Participatory Research Center, Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Community Based Participatory Research Center, Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. ***Corresponding Author**: Community Based Participatory Research Center, Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, University Research and Development Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Frajabi@tums.ac.ir
4. Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. 6 Founding Member, Center of Excellence in Health Sociology (CEHS), University of Tabriz, Tabriz, Iran

Abstract

Background: The aim of Universal Health Coverage (UHC) is to ensure receiving essential health services without financial hardship. Good governance in the health system guarantees success in UHC. Meaningful public participation in the health policy-making cycle is one of the vital and challenging aspects of good health governance. Considering the role and importance of legislation in formation and sustainability of participatory decision-making and good governance approach in the health sector, this study endeavors to survey the alignment of the 1st-6th development plans with the Islamic Republic of Iran (IRI) Constitution regarding public participation approach in the health sector since 1989.

Methods: This study is designed and implemented as a qualitative Study. Data was extracted from legal documents including the development plan laws from 1989-2016, and IRI Constitution Law approved in 1989 and its subsequent amendments. Content analysis was carried out in a summative method.

Results: During the years under review, governments have always received the necessary legal mandate in their program to attract public financial participation in the construction sector or to pay part of health care costs, which is in accordance with the 29th Article of the Constitution based on health rights for the Iranian population.

According to various constitutional principles such as; Paragraph eight of the third principle, paragraph three of the forty-third principle and the one-hundredth principle, the engagement of the population in identifying issues and making appropriate decisions in the administration of the country, including the health sector, is recognize, but there is no legislation in the government development plans to implement these laws.

Conclusion: Despite the emphasis on upstream legislation and the existence of two structures, the High Council for Health and Food Security, the High Council for Health Insurance at the national level and the Islamic town and village councils at the local level, governments have focused on participatory budgeting in health rather than participatory policymaking, during the years under review in this study.

Given the importance of social participation in health sector decisions in eliminating or reducing inequalities in use of health services, suggestions for the government and Ministry of Health and Medical Education are represented.

Keywords: Community Participation, Medical Legislation, Policy Making, Universal Health Care