

❖ خدمات درمانی و بهداشتی در هر کشوری جز خدمات عمومی تلقی می‌شوند که وظیفه ذاتی دولت‌ها است، بااین حال شاهد هستیم که در خیلی از مواقع خیرین و سازمان‌های مردم‌نهاد نیز وارد این حیطه می‌شوند که نتیجه آن کاهش تصدی‌گری دولت خواهد بود. می‌خواهیم مزایای این مشارکت و چرایی آن را از زبان شما بشنویم؟

❖ در هر مسئله‌ای با مشارکت مردم و کاهش تصدی‌گری دولت در صد موفقیت افزایش می‌یابد و بالعکس هر جا دولت‌ها به صورت مطلق وارد شدند نتیجه خوبی نداشته است. ما معتقدیم با همین رویکرد نیز در نظام سلامت باید زمینه مشارکت مردم را افزایش داد. این مشارکت به اشکال مختلفی است. یک نوع مشارکت در حیطه حفظ سلامت خود، خویشاوندان و آحاد هم‌وطنان هست. این مسائل را می‌توان در قالب سازمان‌های مردم‌نهاد ساماندهی کرد تا مردم با عضویت در آن‌ها آموزش نحوه صحیح خودمراقبتی را یاد گرفته و فرهنگ‌سازی متناسب با آن در جامعه شکل بگیرد.

قسمت دوم مشارکت در ایجاد زیرساخت‌های نظام سلامت است که در این حوزه نیز از دو طریق می‌توان به آن دست‌یافت. اول اینکه زمینه سرمایه‌گذاری بخش خصوصی را در تهیه زیرساخت‌های نظام سلامت مهیا کنیم. چون ساخت بیمارستان، خانه بهداشت و ... به اندازه نیاز جامعه از عهده وزارت بهداشت ساقط است، در ضمن این رویه در درازمدت کارایی چندانی نیز نخواهد داشت. صاحب سرمایه در این مدل می‌تواند انتفاع معقول و منطقی‌ای نیز داشته باشد.

دوم افرادی هستند که قصد انجام کار خیر دارند و ما باید بستر را فراهم کنیم تا این افراد بتوانند در کار خیر ورود پیدا کنند. مثلاً در زنجان به گفته رئیس دانشگاه ۸۰ درصد خدمات با مشارکت مردم بوده است یا بیرجند.

❖ در ارتباط با مشارکت مردم در کشور یا در توافقی‌نامه‌های بین‌المللی چه قواعیدی وجود دارد؟

❖ برعکس برخی که می‌پندارند فقط در کشور ماست، کار خیر و وقف در همه دنیا وجود دارد. در برخی کشورهای توسعه‌یافته ۶۰ الی ۷۰ درصد نظام سلامت توسط مردم ایجاد شده است یا کارهای که نه در کشور خود بلکه در حد دنیا رخ می‌دهد. مثل پزشکان بدون مرز که کار گسترده‌ای در حد دنیا انجام می‌دهند.

در کشور خودمان هم نگاه دولت این بوده که حمایت لازم از خیرین انجام شود. مثلاً در بحث مالیات ماده ۱۷۲ می‌گوید: «افراد می‌توانند بجای دادن مالیات قسمتی از درآمد خود را در این حیطه استفاده کنند» که سازوکار این موضوع فراهم است، ما نیز در زمینه اعطای مجوزهای لازم یا واگذاری زمین یا تجهیزاتی لازم، همکاری می‌کنیم، به‌طور نمونه تجهیزات با کمک هیئت‌امانی ارزی خریداری می‌شود تا باقیمت مناسب‌تری در اختیارشان قرار گیرد. همچنین نام‌گذاری این مراکز توسط خیر انجام می‌شود و ایرادی ندارد که به نام پدر، مادر یا هر کسی دیگری باشد.

در مواردی اگر خیر خود نخواهد آنجا را اداره کند دولت به کمکش می‌آید و نیروی انسانی موردنیاز را تأمین می‌کند تا آنجا اداره شود و در صورت اداره توسط خودش ما تسهیلاتی را به آنجا اختصاص می‌دهیم. ولی ممکن است در اجرا یکسری مشکلاتی وجود داشته باشد. ولی در قانون حمایت وجود دارد و دولت نیز حمایت می‌کند. دولت می‌خواهد کار خیر برای نیکوکاران سهل‌تر و ارزان‌تر انجام بگیرد اما به‌هر حال ممکن است ایرادهایی در اجرا باشد که من آن را نمی‌کنم اما قانون‌گذار آن‌ها را پیش‌بینی کرده است. در خیلی از کشورها شاهد این هستیم که سازمان‌های مردم‌نهاد به نمایندگی از اعضای خود به سیاست‌گذاری مطلوب در جهت احقاق حقوق اعضای خود به دولت کمک می‌کنند.

❖ آیا حضور آن‌ها مؤثر است؟

❖ بله مؤثر است. ضمن اینکه شورای مشارکت اجتماعی داریم که اساساً این شورا با حضور سازمان‌های مردم‌نهاد تشکیل می‌شود. پس در این بخش هم این سازمان‌ها ایفای نقش می‌کنند. ما یکسری کار گروه‌های

گفت‌وگو با معاون وزیر بهداشت مشارکت‌های مردمی در نظام سلامت؛ بدون ساختار



گفت‌وگو
علی احمدی

با آنکه ایرانیان از قدیم در کارهای عام‌المنفعه به‌ویژه در حوزه بهداشت و درمان پیش‌قدم بودند، اما آن‌چنان‌که باید این روش تأمین مالی و رفع نیازهای نظام سلامت فراگیر نشده است که مسلماً عدم فرهنگ‌سازی و نبود ساختارهای و روش‌های مناسب جلب این مشارکت مردمی از مهم‌ترین دلایل این عدم فراگیری است، سید محمد هادی ایازی قائم‌مقام وزیر بهداشت در امور مشارکت‌های اجتماعی نیز به این مسئله اشاره می‌کند و می‌گوید به لحاظ قانونی ساختار مشخصی در وزارت بهداشت وجود ندارد و عملاً هم متولی این مسئله مشخص نیست، علاوه بر این موضوع سلامت تنها محدود به وزارت بهداشت نیست و دستگاه‌های فرهنگی هم برای جلب مشارکت عمومی مسئول هستند. در ادامه این گفت‌وگو را بخوانید. لازم به ذکر است بعد از انجام مصاحبه با این گفت‌وگو را مدیریت امور اجتماعی به معاونت اجتماعی تبدیل شده و ایازی در حال حاضر معاون اجتماعی وزارت بهداشت است.